

## **GE\_GERICHTE A/4256/2010 vom 23. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4256\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4256_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/4256/2010 du 23 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE A/4256/2010 del 23 maggio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

ème Chambre En la cause Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée au Grand-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CORDONIER Marlyse recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Mme M \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1962, originaire de Fribourg, divorcée, a exercé une activité de secrétaire auprès de différents employeurs depuis 1990, de secrétaire de direction (mars 1998 à juillet 2000), d'assistante logistique (août 2000 à avril 2001) et d'assistante de direction (mai 2001 à avril 2002). Le 4 mai 2002, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Elle a subi une entorse scapho-lunaire grave du poignet droit, contusion de la nuque, genou et côtes. Le cas été pris en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA). Les 5 juin 2002 et 22 avril 2003, X \_\_\_\_\_ SA a attesté que l'assurée devait débiter le 6 mai 2002 un emploi auprès de l'Hospice Général (assistante de direction) pour un revenu mensuel d'environ 6'500 fr., emploi qu'elle n'avait pu assurer en raison de son accident. Le 23 mai 2002, l'assurée a subi une arthroscopie diagnostique et réinsertion du ligament scapho-lunaire et brochage intra-carpien et le 21 août 2002 l'ablation des broches intra-carpiennes. A la suite d'une réapparition d'une diastase scapho-lunaire avec collapsus du carpe, une reprise chirurgicale sous forme d'une arthrodèse des quatre coins a été réalisée le 10 janvier 2003. Le 21 mars 2003, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé qu'il existait encore des douleurs du poignet avec une faible mobilité et manque de force. L'état n'était pas stabilisé et l'incapacité de travail encore justifiée. Du 1<sup>er</sup> au 30 juillet 2003, l'assurée a effectué un séjour à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR). Le rapport du 20 août 2003 conclut à une incapacité de travail actuelle dans la profession de secrétaire de direction. L'examen de l'assurée par le Dr A \_\_\_\_\_ du 13 janvier 2004 a conclu à un état non stabilisé et à une incapacité de travail encore justifiée. Le 17 décembre 2004, la SUVA a informé l'assurée qu'elle recevrait le versement de l'indemnité journalière jusqu'au 30 avril 2005. Le 22 mars 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) visant au premier chef à des mesures de réadaptation professionnelle. Le 18 avril 2004, la Dresse B \_\_\_\_\_, FMH chirurgie plastique et reconstructive, a attesté d'une capacité de travail dans une activité sans utilisation de la main droite. Le 18 avril 2004, la Dresse B \_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel elle a constaté une algodystrophie en cours avec tuméfaction, transpiration et douleurs au niveau de la main droite et diminution importante de la mobilité; l'état n'était pas encore stabilisé et une arthrodèse du poignet serait probablement à long terme nécessaire; une capacité de travail était possible dans une activité sans utilisation de la main droite ou seulement comme main d'appui (vente, conseillère...). Le 2 novembre 2004, le Dr C \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a effectué un examen médical final

de l'assurée concluant à une incapacité de travail totale comme secrétaire de direction et à une capacité de travail totale dans une activité sans utilisation de la main droite. L'IPAI était de 30 %. Le 11 mars 2005, le Dr D \_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis estimant que la conclusion du Dr C \_\_\_\_\_ pouvait être suivie pour autant qu'une activité sans utilisation de la main droite existe. L'aptitude à la réadaptation était fixée au 2 novembre 2004. Le 21 juillet 2005, la Dresse B \_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical intermédiaire AI dans lequel elle a mentionné un état stationnaire avec le statu quo de la main droite depuis l'été 2004, une utilisation très limitée de la main droite, sans force; un retour dans le métier de secrétaire n'était pas possible et un reclassement professionnel était à envisager; les capacités professionnelles étaient les mêmes que celles indiquées dans son rapport du 18 avril 2004. Le 2 octobre 2005, le Dr E \_\_\_\_\_, FMH diabétologie - endocrinologie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a indiqué une incapacité de travail totale encore actuelle. Il a posé les diagnostics de cervicalgies post-traumatiques, thoracalgie droite sur traumatisme costal, status post-arthrodèse partielle du carpe du poignet droit, algodystrophie et état dépressif post-traumatique. Le 27 février 2006, la SUVA a informé l'assurée qu'elle reprenait le versement de l'indemnité journalière, au vu de l'intervention chirurgicale (AMO) programmée pour le 15 mars 2006 et le 19 juillet 2006 qu'elle la supprimait dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Le 15 mars 2006, l'assurée a été opérée (AMO et térolyse des extenseurs de la 3<sup>ème</sup> coulisse). Le 13 juillet 2006, le Dr C \_\_\_\_\_ a examiné l'assurée et constaté que les plaintes de celle-ci étaient identiques, malgré l'intervention du 15 mars 2006. L'exigibilité était identique à celle évaluée le 2 novembre 2004. Les conséquences de la contusion cervicale étaient éteintes. Le 9 avril 2006, l'assurée a chuté dans les escaliers avec réception sur la main droite (entorse). Le 27 février 2007, la Dresse F \_\_\_\_\_, FMH médecine interne rhumatologie, a constaté que l'assurée avait développé une fibromyalgie floride et qu'elle présentait des douleurs continues de tout le rachis cervico-dorsal, des membres supérieurs et du pied droit. Le 16 mars 2007, l'assurée a été examinée au SMR par les Drs G \_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation, H \_\_\_\_\_, FMH chirurgie plastique reconstructive et esthétique, chirurgie de la main et I \_\_\_\_\_, FMH psychiatrie. Dans leur rapport du 16 mai 2007, ces médecins ont indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs constantes dans tout le poignet droit ainsi qu'au pouce et poignet gauche suite à une opération du tunnel carpien du 11 mai 2005, de douleurs aux bras, épaules, nuque, dorsales, bas du dos, hanche et pied droits, trouble du sommeil et de la digestion. Ils ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, suivants : Arthrose douloureuse radiocarpienne D post traumatique (M19.1). Status après entorse scapho-lunaire D, puis réparation ligamentaire, puis arthrodèse des 4 coins, puis AMO (T92.9). Status après algoneurodystrophie. Status post deux opérations pour névrome de Morton au pied D avec douleurs résiduelles. Rachialgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un discret trouble statique et dégénératif avec ébauche de discopathie C4-C5 et uncarthrose associée; dysbalances musculaires (M54.9). Et sans répercussion sur la capacité de travail de : Genua valga bilatéral. Fibromyalgie (17/18 points positifs, jump sign présent). Obésité (BMI 39). Status post excision d'un nodule thyroïdien. Status post cure de tunnel carpien G. Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10). La capacité de travail était nulle dans l'activité de secrétaire et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 2 novembre 2004, date de la stabilisation concernant le poignet, sous réserve d'une incapacité de travail d'un mois lors de l'AMO en mars 2006. Le 6 juillet 2007, la Dresse H \_\_\_\_\_ du SMR a confirmé une capacité de travail totale depuis le 2 novembre 2004 avec les limitations fonctionnelles suivantes : "Main D : pas

d'activité manuelle répétitive, ni contre résistance, ni exigeant des mouvements du poignet, pas de port de charges. Pied D : pas de déplacements répétitifs en terrain accidenté. Rachis : préférer la position assise avec possibilité de changements de positions". Par décision du 8 août 2007, la SUVA a alloué à l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 43 % ainsi qu'une IPAI de 30 %. Le revenu mensuel sans invalidité était de 6'610 fr. en 2007 et celui avec invalidité de 3'750 fr. Le 23 décembre 2007, le Dr J\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, a indiqué que les douleurs de l'assurée à la cheville pourraient être dues à une fracture lente sur surcharge pondérale et réactivation d'une algoneurodystrophie de Südeck. Par décision du 18 février 2008, la SUVA a partiellement admis l'opposition interjetée par l'assurée à l'encontre de la décision du 8 août 2007 en ce sens que le revenu d'invalidité devait être fixé selon les salaires statistiques (soit une activité de niveau 3 avec une déduction de 20 %), les postes de travail retenus par la SUVA n'étant pas adaptés et le revenu sans invalidité était de 79'300 fr. en 2007 de sorte que le degré d'invalidité était de 42,6 %, soit identique à celui fixé dans la décision attaquée et la rente qualifiée de transitoire dans la mesure où l'OAI ne s'était pas encore prononcé sur la question d'une réadaptation éventuelle. Le 8 avril 2008, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de la SUVA du 18 février 2008 en invoquant la prise en compte d'un salaire statistique de niveau 4 et non pas 3 et d'une déduction globale de 25 % en lieu et place de celle de 20 % retenue par la SUVA. Le 29 avril 2008, le Dr K\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics d'arthrodèse partielle du poignet droit, conflit sous-acromial épaule gauche, lombo cruralgie droite. Il suivait l'assurée depuis 2006. Une acromioplastie de l'épaule gauche était recommandée. On pouvait imaginer une activité légère, en positions alternées, à temps et rendement réduits. Le 8 mai 2008, la SUVA et l'assurée ont convenu d'une rente d'invalidité transitoire de 50 % et du retrait du recours interjeté par l'assurée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA. Par décision du 12 août 2008, la SUVA a alloué à l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 une rente fondée sur un degré d'invalidité de 49 %. Le 13 octobre 2008, le Dr L\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'arthrodèse du poignet devrait permettre de reprendre l'activité de secrétaire, que le conflit sous-acromial n'empêchait pas l'activité de secrétaire et que le médecin-traitant devait se déterminer sur l'évolution et la capacité de travail. Le 7 août 2008, l'assurée a subi une intervention consistant en une acromioplastie et révision de coiffe en raison d'un conflit antéro-interne sous-acromial de l'épaule gauche. Dans un rapport du 23 octobre 2008, la réadaptation professionnelle de l'OAI a classé le dossier en indiquant que l'assurée ne voulait pas de mesures professionnelles. L'assurée s'estimait capable de travailler au mieux quelques heures par jour dans une activité adaptée. Le 23 octobre 2008, l'assurée a écrit à l'OAI que l'avis du Dr L\_\_\_\_\_ était en contradiction avec l'expertise et le médecin d'arrondissement de la SUVA qui avaient exclu une capacité de travail comme secrétaire. D'autres atteintes étaient apparues depuis l'expertise, soit un conflit sous-acromial ayant donné lieu à l'intervention du 7 août 2008. Le 31 octobre 2008, le Dr K\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical intermédiaire AI indiquant que l'état de santé s'était amélioré (épaule gauche) et que la reprise d'un stage ou recyclage était possible en janvier 2009. Des cruralgies étaient en augmentation depuis le 20 octobre 2008. La capacité de travail était nulle comme secrétaire et de 50 % dans une activité purement relationnelle. Le 18 novembre 2008, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'était pas d'accord avec l'avis du SMR du 13 octobre 2008 estimant une capacité de travail de l'assurée comme secrétaire. Les

limitations du poignet étaient toujours présentes, auxquelles il fallait rajouter celles de l'épaule gauche et du syndrome lombo-crural. Le 21 novembre 2008, la Dresse O\_\_\_\_\_ du Groupe médical du Grand-Lancy a rempli un rapport médical AI. Elle suivait l'assurée depuis le 10 juin 2006, laquelle présentait une impotence de la main droite et des douleurs chroniques dues à la fibromyalgie, aux lombalgies, aux douleurs des épaules et de la cheville droite. Elle avait énormément de peine à écrire en raison des douleurs au poignet droit. La capacité de travail était de 50 % dès la fin de la période post-opératoire de l'épaule gauche. Le 12 janvier 2009, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire, avec la persistance d'un important état douloureux et limitation fonctionnelle sévère du poignet et de la main droite. L'assurée souffrait en plus de douleurs au pied droit, de fibromyalgie et de lombago. Une reprise de travail était peu probable. Le 9 février 2009, les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ de la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet SA ont indiqué que l'état de santé du point de vue ophtalmologique était stable. Le 19 mai 2009, le Dr L\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que le Dr K\_\_\_\_\_ et le médecin-psychiatre devaient encore rendre un rapport médical. Le 6 juillet 2009, le Dr K\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical intermédiaire AI indiquant que l'état de santé s'était aggravé en raison de lombo-cruralgie droite depuis avril 2009. La capacité de travail était de 50 % dans une activité très légère avec postures alternées. Le 24 septembre 2009, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stationnaire et stabilisé probablement à fin 2009. Le 16 février 2010, l'assurée a été examinée par le Dr R\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie, du SMR lequel a rendu un rapport le 8 mars 2010 dans lequel il a posé les diagnostics suivants : Avec répercussion sur la capacité de travail : arthrose radiocarpienne D post-traumatique m19.9. douleurs persistantes de l'épaule G, dans les suites d'une acromioplastie. Lombocruralgies D, irritatives, non déficitaires dans un contexte de protrusion foraminale L4-L5 D et troubles dégénératifs postérieurs. Sans répercussion sur la capacité de travail : Status post-ostéotomie de l'avant-pied D. Composante de fond de type fibromyalgique. Obésité de classe 2. La capacité de travail était nulle comme secrétaire, à 100 % dans une activité adaptée de novembre 2004 à mars 2008 et à 50 % depuis octobre 2009, suite à l'aggravation de l'état de santé depuis avril 2009. Le 19 avril 2010, le Dr L\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail nulle comme secrétaire depuis le 4 mai 2002, de 100 % dans une activité adaptée depuis le 2 novembre 2004, nulle dès le 1 er avril 2008 et de 50 % dans une activité adaptée dès le 1 er octobre 2009. Le 2 mai 2010, la Dresse B\_\_\_\_\_ a attesté de signes de souffrance articulaire au niveau du poignet droit sans amélioration à attendre. Le 4 mai 2010, la réadaptation professionnelle a fixé le taux d'invalidité de l'assurée du 2 novembre 2004 au 31 mars 2008 à 42 % (revenu sans invalidité de 75'400 fr. et revenu d'invalidité à 100 %, avec une déduction de 10 %, de 43'726 fr.) et depuis le 1 er octobre 2009 à 70,7 % (revenu sans invalidité de 80'576 fr. et revenu d'invalidité à 50 % avec une déduction de 10 % de 23'606 fr.). Le 20 mai 2010, le Dr R\_\_\_\_\_ a estimé que l'avis de la Dresse B\_\_\_\_\_ ne modifiait pas son appréciation. Par projet d'acceptation de rente du 29 juin 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à une rente entière du 1 er mai 2003 au 30 janvier 2005 (degré d'invalidité de 100 % et incapacité de travail totale du 4 mai 2002 au 1 er novembre 2004), puis de un quart du 1 er février 2005 au 30 juin 2008 (degré d'invalidité de 42 %, et capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée du 2 novembre 2004 au 31 mars 2008), puis entière dès le 1 er juillet 2008 (degré d'invalidité de 100 % du 1 er juillet 2008 au 31 décembre 2009 avec une incapacité de travail totale du 1 er avril 2008 au 30 septembre 2009 et de 71 % dès le 1 er janvier 2010 avec une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis le

1<sup>er</sup> octobre 2009). Le 26 juillet 2010, la Dresse B\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée avait été opérée (libération du nerf médian au canal carpien gauche et excision d'un lipome à l'avant-bras gauche) le 11 mai 2005. L'incapacité de travail était de 100 % du 11 mai au 13 juillet 2005 et de 50% du 14 juillet au 22 août 2005. Le 16 août 2010, le Dr S\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, a attesté d'une intervention chirurgicale le 10 janvier 2006 (résection de deux névromes de Morton au pied droit) entraînant une incapacité de travail totale de six semaines. Le 30 juillet 2010, le Dr J\_\_\_\_\_ a attesté d'une cure chirurgicale le 14 juin 2007 (ostéotomies percutanées des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> métatarsiens et cure d'hallux valgus droit) entraînant une incapacité de travail jusqu'au 30 septembre 2007. Le 8 octobre 2010, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle requérait le versement d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> mai 2008 au lieu du 1<sup>er</sup> juillet 2008 dès lors qu'elle était en incapacité de travail totale depuis le 11 février 2008. Elle a joint un rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 30 août 2010 selon lequel la patiente était déjà en incapacité de travail totale le 11 février 2008, jour où elle l'avait consulté pour un syndrome lombaire avec blocage antalgique concernant aussi la hanche droite. Le 2 septembre 2010, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle contestait le degré d'invalidité de 42 % et concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2003 et subsidiairement à l'octroi : d'une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 30 janvier 2005. Une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 54 % du 1<sup>er</sup> février 2005 au 31 juillet 2005. Une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1<sup>er</sup> août 2005 au 30 novembre 2005. Une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 54 % du 1<sup>er</sup> décembre 2005 au 31 août 2007. Une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 31 décembre 2007. Une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 54 % du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 30 avril 2008. Une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 31 décembre 2009. Une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 73 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Eu égard à tous ses problèmes de santé et aux interventions chirurgicales subies, elle ne pouvait mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. Par ailleurs, son revenu sans invalidité était de 79'830 fr. en 2004 et non pas de 75'400 fr. et la déduction qui devait être appliquée sur le revenu d'invalidité de 25 % au lieu de 10 %, en raison des limitations importantes de sa main droite, voire de 20 %, de sorte qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aboutissait à un degré d'invalidité de 51,4 %. On devait en outre tenir compte des incapacités de travail suivante : 100 % du 11 mai 2005 au 13 juillet 2005. 50 % du 14 juillet 2005 au 22 août 2005. 100 % du 10 janvier 2006 au 19 février 2006. 100 % du 14 juin 2007 au 30 septembre 2007. Le degré d'invalidité était de : 100 % du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 30 janvier 2005. 54 % du 1<sup>er</sup> février 2005 au 31 juillet 2005. 100 % du 1<sup>er</sup> août 2005 au 30 novembre 2005. 54 % du 1<sup>er</sup> décembre 2005 au 31 août 2007. 100 % du 1<sup>er</sup> septembre 2007 au 31 décembre 2007. 54 % du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 30 juin 2008. 100 % du 1<sup>er</sup> juillet 2008 au 31 décembre 2009. 73 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Par décision du 11 novembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision en relevant que le revenu sans invalidité correspondait à 5'800 fr. par mois x 13 et était supérieur à ceux figurant dans les comptes individuels AVS. Le 13 décembre 2010, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision du 11 novembre 2010 en reprenant ses arguments et conclusions dans ses observations à l'OAI du 2 septembre 2010. Le 18 janvier 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant que le revenu sans invalidité était fondé sur les indemnités de chômage perçues par la recourante au moment de son accident, que par ailleurs le salaire théorique (ESS TA 7 ligne 22 - secrétariat - niveau 3 soit 5'795 fr. par mois) était identique, qu'enfin un abattement supérieur à 10 % n'était pas justifié. A la demande de la Cour de céans, le Dr K\_\_\_\_\_ a

indiqué le 28 février 2011 qu'il suivait l'assurée depuis le 16 mai 2006, que le diagnostic de conflit sous-acromial de l'épaule gauche avait été posé le 5 septembre 2006, qu'il confirmait son rapport du 29 avril 2008 relevant que le diagnostic précité existait depuis dix-huit mois, que cette atteinte avait entraîné des douleurs entre mai et septembre 2006 puis une restriction de l'élévation antérieure et latérale, qu'un travail de secrétaire était possible avec limitations, que la lente aggravation des douleurs de l'épaule avait abouti à une indication opératoire le 8 avril 2008, qu'il confirmait ainsi l'incapacité de travail totale à partir du 1<sup>er</sup> avril 2008 comme retenue par le SMR, que l'incapacité de travail était cependant déjà totale depuis le 11 février 2008 en raison de cruralgie droite ayant entraîné un traitement médicamenteux, des infiltrations et un bilan radiologique détaillé, que la capacité de travail totale retenue par le SMR entre mai 2006 et mars 2008 relevait d'une fiction rhétorique, qu'un travail léger et sériel dans l'industrie aurait été possible avec le membre supérieur gauche, peut-être à 50 % mais que ce poste aurait impliqué un recul social manifeste, qu'enfin aucun travail adapté n'avait été proposé concrètement à l'assurée. A la demande de la Cour de céans, l'intimé a indiqué, en se référant à un avis des Drs L\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ du SMR du 13 avril 2011, que l'incapacité totale de travail avait été rendue plausible par le Dr K\_\_\_\_\_ dès février 2008, que l'estimation de la capacité de travail du Dr K\_\_\_\_\_ entre mai 2006 et février 2008 n'était en revanche pas pertinente, ce d'autant qu'en avril 2008 il avait lui-même estimé qu'une activité légère à temps et rendement réduits était possible, que les interventions des 11 mai 2005 et 14 juin 2007 avaient justifié des incapacités de travail limitées dans le temps, que la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée dès le 2 novembre 2004, nulle depuis février 2008 (au lieu d'avril 2008) et de 50 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) Sur le plan matériel, 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 (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, est litigieuse la période du 2 novembre 2004 au 31 mars 2008, durant laquelle une capacité de travail entière a été reconnue à la recourante, dans une activité adaptée, aboutissant à un degré d'invalidité de 42 % et celle à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009 où une capacité de travail de 50 %, dans une activité adaptée, et un degré d'invalidité de 71 % a été fixé par l'intimé. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ne doivent être prises en considération dans le présent litige que pour les faits postérieurs à leur entrée en vigueur. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des

offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 29 juin 2010, qui a été confirmé par la décision du 11 novembre 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 13 décembre 2010. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). Il convient préalablement de constater que la recourante n'a pas d'intérêt digne de protection à contester le taux d'invalidité de 71 % reconnu depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2005 dès lors que ce dernier lui permet de continuer à bénéficier de la rente entière d'invalidité qui lui a été allouée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Il ne sera en conséquence pas entré en matière sur ce grief (ATF 115 V 418 ; 119 V 173 ; ATF du 7 juin 2001 I 416 /01). La période litigieuse est ainsi limitée à celle du 2 novembre 2004 au 31 mars 2008 durant laquelle une capacité de travail entière a été reconnue à la recourante aboutissant à un degré d'invalidité de 42 %. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b). c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004, 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 (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29 bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). d) 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 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174 ). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données

statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

a) En ce qui concerne la preuve, 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). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) 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. 3b/bb et cc). f) 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; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). a) En l'espèce, la Cour de céans constate que les rapports médicaux au dossier concordent sur l'estimation d'une capacité de travail totale de la recourante depuis le 2 novembre 2004 dans une activité adaptée, autre que celle de secrétaire (avis du Dr C \_\_\_\_\_ des 2 novembre 2004 et 13 juillet 2006, du Dr D \_\_\_\_\_ du 11 mars 2005, de la Dresse B \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2005, des Drs G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_ du 16 mai 2007, du Dr K \_\_\_\_\_ des 29 avril 2008 et 28 février 2011 et du Dr R \_\_\_\_\_ du 8 mars 2010). L'affirmation de la recourante selon laquelle elle ne pouvait,

depuis le 2 novembre 2004, mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail n'est ainsi étayée par aucune pièce. En particulier, le récent avis du Dr K\_\_\_\_\_ du 28 février 2011 selon lequel une activité adaptée, peut-être à 50 %, était possible entre mai 2006 (date de sa prise en charge) et février 2008 ne permet pas de remettre en cause l'estimation médicale concordante précitée d'une capacité de travail entière de la recourante dans une activité adaptée depuis le 2 novembre 2004. Le Dr K\_\_\_\_\_ admet d'ailleurs lui-même qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles de la recourante était possible. Il invoque cependant le fait qu'une telle activité aurait impliqué un recul social, élément qui sort du champ d'appréciation médicale. S'agissant par la suite de la survenance de l'incapacité de travail totale de la recourante, fixée par le SMR au 1<sup>er</sup> avril 2008, en raison de l'apparition du conflit sous-acromial gauche, le Dr K\_\_\_\_\_ a fourni des précisions médicales le 28 novembre 2011. Il confirme cette date dans la mesure où elle correspond en effet à une aggravation de la symptomatologie de l'épaule gauche, ayant entraîné une indication opératoire le 8 avril 2008 mais relève que depuis le 11 février 2008, l'incapacité de travail était déjà totale en raison de cruralgie droite, cumulée avec les pathologies de l'épaule et du poignet droit. Cet avis, détaillé et convaincant, permet de retenir la survenance d'une incapacité totale de travail depuis le 11 février 2008 déjà, en lieu et place du 1<sup>er</sup> avril 2008, ce d'autant que le Dr R\_\_\_\_\_ a considéré dans son rapport du 8 mars 2010 que les lombocuralgies droites avaient une répercussion durable sur la capacité de travail et qu'il n'a pas remis en cause l'aggravation de février 2008, mentionnée par le Dr K\_\_\_\_\_ et que le SMR a finalement admis, dans son avis du 12 avril 2011, que l'incapacité de travail totale avait bien débuté en février 2008 et non pas en avril 2008. b) La recourante fait encore valoir qu'elle a subi des incapacités de travail temporaire dont l'intimé n'aurait pas tenu compte, soit : Du 11 mai au 13 juillet 2005 à 100 % et du 14 juillet au 22 août 2005 à 50 % attestée par la Dresse B\_\_\_\_\_ en raison d'une intervention du 11 mai 2005. Du 10 janvier au 19 février 2006 à 100 % attestée par le Dr S\_\_\_\_\_, en raison d'une intervention chirurgicale du 10 janvier 2006; Du 14 juin au 30 septembre 2007 à 100 % attestée par le Dr J\_\_\_\_\_ en raison d'une cure chirurgicale du 14 juin 2007. En application de l'art. 88a RAI précité, la modification du droit à la rente intervient lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois sans interruption notable. A cet égard, l'incapacité de travail totale invoquée du 10 janvier au 19 février 2006 n'est pas pertinente dès lors qu'elle est d'une durée inférieure à trois mois. Tel est également le cas de l'incapacité de travail totale du 11 mai au 13 juillet 2005. En revanche, il est établi par la Dresse B\_\_\_\_\_ que la recourante a subi une incapacité de travail à 50 % pendant la période du 11 mai au 22 août 2005 soit pendant 3 mois et 11 jours et par le Dr J\_\_\_\_\_ à 100 % du 14 juin au 30 septembre 2007 soit pendant 3 mois et 16 jours. Le SMR a admis l'existence de ces incapacités de travail passagères, tout en relevant que les interventions chirurgicales en cause n'avaient pas eu de conséquences durables (avis du 12 avril 2011). Il convient ainsi de reconnaître que la recourante a présenté une incapacité de travail de 50 % du 11 mai au 22 août 2005 et une incapacité de travail totale du 14 juin au 30 septembre 2007, soit toutes deux d'une durée supérieure à trois mois ainsi qu'une incapacité de travail totale depuis le 11 février 2008 en lieu et place du 1<sup>er</sup> avril 2008, de sorte que son droit à la rente d'invalidité doit être modifié en conséquence (cf. infra consid. 11). c) La recourante conteste encore, d'une part, le revenu sans invalidité, lequel était en réalité de 78'000 fr. en 2002 (soit 6'500 fr. par mois selon le contrat avec l'Hospice Général) soit de 79'830 fr. en 2004 (indexé) et, d'autre part, le calcul du revenu d'invalidité, une déduction globale de 20 % au moins devant lui être appliquée. A cet égard, l'intimé a pris en compte un revenu sans

invalidité de 75'400 fr. en 2004 en se référant au revenu brut sans invalidité établi par la SUVA dans sa décision du 8 août 2007 (cf. rapport de la réadaptation professionnelle des 23 octobre 2008 et 4 mai 2010). Or, dans la décision précitée, la SUVA a pris en compte un revenu mensuel sans invalidité en 2007 de 6'610 fr., soit annuel de 79'320 fr. et non pas de 75'400 fr. Le degré d'invalidité de 43 % résulte d'ailleurs de la perte de gain entre un revenu sans invalidité de 79'320 fr. et un revenu d'invalidité exigible de 45'000 fr. Ce revenu sans invalidité de 79'320 fr. correspond en outre au salaire 2002 convenu dans le contre de travail signé par l'assurée avec X\_\_\_\_\_ SA, soit 78'000 fr., indexé en 2007 (+1,7 % selon La vie économique ½ 2010 p. 95). Il convient en conséquence de rectifier le montant du revenu d'invalidité et de le fixer à 78'702 fr. pour l'année 2004 soit 78'000 fr. indexé en 2004 (+ 0,9 % selon La vie économique op. cit.). S'agissant du revenu d'invalidité et plus particulièrement de la déduction globale, l'intimé, en appliquant un taux de 10 %, a tenu compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, celle-ci - âgée de 47 ans au jour de la décision litigieuse, de nationalité suisse et présentant une capacité de travail totale dans une activité adaptée - ne pouvant prétendre à l'application d'autres critères déterminants au sens de la jurisprudence précitée. Cependant, le nouveau calcul qui résulte de la prise en compte du revenu sans invalidité de 78'702 fr. ne modifie pas le droit à la rente de l'assurée dès lors que le degré d'invalidité, compte tenu d'une activité adaptée exigible à 100 % est de 44,4 % au lieu de 42 % et, compte tenu d'une activité exigible à 50 %, de 72,2 % au lieu de 71 %. a) Au vu de ce qui précède, le droit à la rente d'invalidité de la recourante, pour la période litigieuse, doit être fixé comme suit : Rente d'invalidité de un quart du 1<sup>er</sup> février au 31 août 2005 (degré d'invalidité de 44,4 %). Rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2005 (degré d'invalidité de 72,2 %). Rente d'invalidité de un quart du 1<sup>er</sup> décembre 2005 au 30 septembre 2007 (degré d'invalidité de 44,4 %). Rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2007 (degré d'invalidité de 100 %). Rente d'invalidité de un quart du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2008 (degré d'invalidité de 44,4 %). Rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2008. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émoulement de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 2'000 fr. en faveur de la recourante. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Réforme la décision de l'intimé du 11 novembre 2010 en ce sens que la recourante a droit à : Une rente d'invalidité d'un quart du 1<sup>er</sup> février au 31 août 2005; Une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2005; Une rente d'invalidité d'un quart du 1<sup>er</sup> décembre 2005 au 30 septembre 2007; Une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2007; Une rente d'invalidité d'un quart du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2008; Une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2008. La confirme pour le surplus. Met un émoulement de 200 fr. à la charge de l'intimé. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI 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.