

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2984/2009

ATAS/1417/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 16 novembre 2009

En la cause

Madame F _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître HUBER Anne-Laure

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Mme F_____ (ci-après : l'assurée), née en 1961, divorcée en 1996, mère de deux enfants nés en 1980 et 1984, de nationalité portugaise, est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. L'assurée, sans formation professionnelle, a exercé une activité de nettoyeuse à temps complet chez X_____ SA du 13 août 2001 au 31 janvier 2006. Antérieurement, soit depuis 1987, elle a exercé plusieurs emplois comme femme de chambre, employée de cuisine, employée dans l'économie domestique ou nettoyeuse.
3. Du 22 mai au 25 septembre 2000, l'assurée a séjourné à la Clinique Bevein de psychiatrie dans les Grisons en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychiatrique (F32.2).
4. De 2002 à 2005, l'assurée a été plusieurs fois en incapacité totale de travailler, attestée médicalement.
5. Du 16 au 30 septembre 2004, l'assurée a séjourné au CTB des Pâquis, en raison de symptômes dépressifs.
6. Dès le 19 décembre 2005, la Dresse L_____, FMH médecine générale, a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée, pour une durée indéterminée, confirmée le 27 mars et le 23 mai 2006 jusqu'au 31 mai 2006, avec une reprise d'activité mentionnée pour le 1^{er} juin 2006.
7. Le 25 septembre 2007, X_____ SA a précisé que le contrat de l'assurée comme employée d'entretien avait été résilié pour le 31 janvier 2006 et que le 30 juin 2005 était le dernier jour de travail effectif . Le salaire était de 18 fr. 50 de l'heure pour 41,5 heures par semaine et serait dès le 1^{er} janvier 2007 de francs 18 fr. 75. L'assurée avait été en incapacité totale de travail du 1^{er} juillet 2005 au 31 janvier 2006.
8. Le 28 septembre 2005, le service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a diagnostiqué une hernie discale C6-C7 droite selon une IRM du 7 juillet 2005 et pratiqué une intervention chirurgicale (disectomie C6-C7 droite plus cage co-ligne) le 19 septembre 2005 par les Drs M_____ et N_____.
9. Les 22 février et 27 mars 2006, les HUG ont attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée du 13 février au 27 mars 2006 et d'une hospitalisation dès le 13 février 2006.

10. Le 3 mars 2006, le service de neurologie des HUG a posé le diagnostic de sclérose en plaques possible à la suite du séjour de l'assurée du 13 au 22 février 2006.
11. L'assurée a bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage du 1^{er} juin 2006 au 31 mai 2008.
12. Le 28 novembre 2006, le service d'ophtalmologie des HUG a constaté une papillite de l'œil gauche, apparue en février 2006 et faisant suspecter un diagnostic de sclérose en plaques.
13. Le 14 mai 2007, le service d'ophtalmologie des HUG a constaté une papillite à l'œil droit.
14. Le 29 juin 2007, le Dr O _____, FMH médecine générale, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 29 juin 2007, confirmée le 30 août 2007.
15. Le 17 juillet 2007, le Dr P _____ du service de neurologie des HUG a proposé un traitement de Rebif® au vu du diagnostic de sclérose en plaques et d'une IRM du 18 avril 2007 montrant une nouvelle lésion au niveau de la région occipitale gauche interhémisphérique.
16. Le 12 septembre 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une sclérose en plaques et d'une hernie cervicale C6-C7.
17. Le 3 octobre 2007, l'assurée a indiqué à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) qu'en bonne santé elle exercerait une activité de nettoyeuse à 100 %.
18. Le 27 octobre 2007, le Dr O _____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de sclérose en plaques depuis 2006, névrite rétrobulbaire gauche depuis 2006, status post-opération de hernie discale C6-C7, discopathie depuis 2005, status post-dépression depuis 2000 et sans répercussion sur la capacité de travail de discopathies dorsolombaires. Elle était en incapacité de travail depuis 2005 et attestée par lui-même à 100 % depuis le 29 juin 2007 en raison d'un traitement d'Interferon® pour la sclérose en plaques, une autre activité que celle de nettoyeuse était exigible à 25 % avec des contraintes physiques minimales. Il suivait la patiente depuis le 16 avril 2007.
19. Le 30 octobre 2007, le Dr P _____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a posé le diagnostic de sclérose en plaques depuis mars 2006. Une incapacité de travail de 50 % pouvait être reconnue dès maintenant dans une activité adaptée, avec l'aide de la réadaptation, telle qu'aide infirmière.

20. A la demande de l'OCAI, le Dr Q _____, FMH en neurologie, a rendu une expertise le 14 mars 2008. L'assurée se plaignait d'un état dépressif récurrent (manque de moral, anxiété permanente, anhédonie avec parfois des idées suicidaires et difficultés de sommeil) de la persistance de cervicalgies modérées et de sclérose en plaques (fatigue importante, insensibilité des deux membres inférieurs l'obligeant à se coucher régulièrement, manque d'équilibre, dysesthésies / chocs électriques des deux membres supérieurs, état pseudo-grippal pour injection de Rebif®). Il a posé les diagnostics suivants :diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail : cervicalgies modérées après cure de hernie discale C6-C7 (21.09.2008); état dépressif récurrent (depuis 2000 environ); probable sclérose en plaques (forme poussées-rémissions, premières manifestations en février 2006). Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail : hypercholestérolémie.

Les limitations au plan physiques étaient une fatigue / fatigabilité, un syndrome pseudo-grippal et une incapacité à effectuer des activités physiques lourdes suite à la cure de hernie discale et la présence d'une hernie discale dorsale et lombaire. Des mesures de réadaptation professionnelle ne paraissaient pas envisageables compte tenu de l'affection et de l'âge de l'assurée. La capacité de travail, susceptible de s'améliorer mais aussi de se péjorer, devait être réévaluée dans deux ans.

L'assurée était en arrêt maladie complet depuis le 29 juin 2007. Elle avait, du point de vue psychique, présenté un état dépressif récurrent depuis 2000, avec hospitalisation de trois à quatre mois dans les Grisons et prise en charge par le CTB des HUG. La situation sur le plan thymique était actuellement meilleure. Elle avait chuté en 2002 dans un escalier, ce qui avait entraîné des cervicalgies compliquées par une hernie discale C6-C7, avec évolution favorable suite à l'intervention du 21 septembre 2005, sous réserve de la persistance de cervicalgies. Les examens IRM avaient mis en évidence une hernie discale asymptomatique D8-D9 et L1-L2. L'examen clinique était rassurant. Elle présentait néanmoins une hypoesthésie globale de la main droite. Les plaintes de fatigue /fatigabilité, et les troubles sensitifs subjectifs et le syndrome pseudo-grippal lié à l'intolérance partielle de l'Interferon® étaient compatibles avec le diagnostic de sclérose en plaques et intriquées avec les manifestations de l'état anxio-dépressif chronifié. L'ensemble des problèmes entraînait une incapacité de travail complète dans les activités exercées jusqu'ici depuis le 29 juin 2007 mais permettait une activité relativement légère, sans port régulier de charges de plus de 15 kilos ni de position fixe prolongée de la nuque et autorisant des changements de position, à 50 %.

21. Le 8 avril 2008, le Dr R _____ du SMR a estimé qu'une évaluation psychiatrique se justifiait.

22. Le 11 juillet 2008, le Dr S _____, psychiatre FMH du SMR, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assurée du 4 juillet 2008. L'assurée se plaignait de ne pas être heureuse, d'être fatigable, de douleurs musculaires et de maux de tête. Il a

posé le diagnostic de dysthymie (F34.1) sans répercussion sur la capacité de travail de sorte que la capacité de travail était totale dans toute activité du point de vue psychiatrique.

23. Le 25 juillet 2008, le Dr -R_____ a retenu une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès mars 2008, date de l'expertise neurologique, compte tenu de l'expertise neurologique attestant que le traitement de la sclérose en plaques était mal supporté par l'assurée.
24. Le 26 novembre 2008, l'OCAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 38,2 %, soit un revenu sans invalidité annuel de 41'314 fr. et un revenu d'invalidité de 25'513 fr (calculé sans abattement).
25. Par projet d'acceptation de rente du 6 mars 2009, l'OCAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2008, fondée sur un degré d'invalidité de 54 %, soit un revenu sans invalidité de 49'499 fr. et un revenu d'invalidité de 22'962 fr (calculé avec un abattement de 10 %).
26. Le 30 mars 2009, la réadaptation professionnelle de l'OCAI, suite à un entretien avec l'assurée du 14 janvier 2009, a proposé de clore le mandat de réadaptation et relevé que l'assurée exerçait une activité adaptée à 40 %, soit vendeuse dans une épicerie-tabac.
27. Le 3 mai 2009, le Dr T_____, FMH neurologie, a attesté qu'il serait préférable, compte tenu de la maladie de l'assurée et de sa situation économique et sociale, qu'elle bénéficie d'un degré d'invalidité de 60 %.
28. Le 4 mai 2009, le Dr O_____ a attesté que l'assurée ne pouvait travailler que difficilement, avec des pauses en raison de grande fatigue, et à un maximum de trois heures par jour environ soit un 25 % environ.
29. L'assurée a été entendue par l'OCAI le 6 mai 2009 et déclaré n'être capable de travailler que deux à trois heures par jour. Le SMR a estimé dans un avis médical du 19 mai 2009 que le Dr T_____ n'avait fait état d'aucun élément médical nouveau, comme une poussée nouvelle de sclérose en plaques, tout comme le Dr O_____ et confirmé en conséquence le rapport du SMR du 29 juillet 2008.
30. Le 29 mai 2009, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la "décision de l'OCAI" et demandé une réévaluation de son dossier. Une procédure A/1950/2009 a été enregistrée.
31. Le 29 mai 2009, M. G_____, gérant de l'épicerie Y_____, a certifié que l'assurée n'arrivait pas à assurer le temps de travail contractuel de 40 % en raison d'un état de fatigue qui l'obligeait à s'arrêter malgré sa volonté de rester à son poste.

32. Le 4 juin 2009, le Dr T_____ a attesté que, malgré le traitement à l'Interferon® bêta-1a, il persistait une sensation de faiblesse des membres inférieurs associée à une importante asthénie, limitant le travail à environ trois heures par jour. Il n'était pas envisageable qu'elle puisse travailler à 50 %.
33. Le 17 juin 2009, le Dr O_____ a rempli un rapport médical détaillé (formulaire européen) en mentionnant que l'assurée exerçait un travail allégé à 40 % depuis le "1^{er} août 2009". Sous traitement de Rebif® les paresthésies avaient disparu. Elle présentait de la fatigue musculaire (genoux, muscles et jambes). La situation s'était un peu détériorée par rapport à l'examen du 22 août 2008. Elle était capable d'exercer des travaux légers avec de fréquentes pauses (dix - quinze minutes chaque deux heures), en évitant le stress, en alternant les postures de travail mais plutôt en position assise, au maximum à un taux de 30 %.
34. Par décision du 24 juin 2009, l'OCAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 54 %, dès le 1^{er} juin 2008.
35. Le 19 août 2009, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru après du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Actuellement, elle bénéficiait d'un revenu mensuel net de 938 fr. 70 et ne pouvait exercer une activité à un taux supérieur à 40 % en raison d'un état de fatigue important. Comparé au revenu sans invalidité de 49'499 fr., son revenu actuel annuel de 11'264 fr. aboutissait à un taux d'invalidité de 77,2 %. Cette procédure porte le numéro A/2984/2009.
36. Selon les décomptes de salaire des mois de mai, juin et juillet 2009, le salaire brut mensuel de l'assurée est de 1'020 fr. et net de 938 fr. 70.
37. Par arrêt du 28 septembre 2009, le Tribunal de céans a pris acte du retrait du recours dans la procédure A/1950/2009 et rayé la cause du rôle.
38. Le 17 septembre 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'expertise du Dr Q_____ avait pleine valeur probante et que l'emploi actuel de la recourante à 40 % ne correspondait pas à la pleine mise en valeur de sa capacité de travail, ce qui justifiait de se référer au salaire statistique de l'enquête suisse sur la structure des salaires.
39. A la demande du Tribunal de céans, M. G_____ a précisé qu'il avait engagé l'assurée le 1^{er} août 2008 en tant que vendeuse à 40 %, que le salaire mensuel brut d'une vendeuse à plein temps était de 3'750 fr. Il a transmis une copie du contrat de travail du 1^{er} août 2008 selon lequel l'assurée était engagée à 40 % pour un salaire mensuel brut de 1'500 fr. et un avenant du 1^{er} mai 2009 selon lequel l'horaire de travail est de vingt heures par semaine et le salaire brut de 1'020 fr.

40. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 12 septembre 2007. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852).

En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités).

2. a) Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, 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'assurée un projet de décision en date du 6 mars 2009, qui a été confirmé par la décision du 24 juin 2009, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 19 août 2009.

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).

3. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité fondé sur un degré d'invalidité supérieur à 54 %.
4. 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).
5. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, 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.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66^{2/3} % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, 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).

Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 - RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Selon l'art. 29bis RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29, al. 1, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

Selon l'art. 88a RAI, 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).

6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu 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).

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; ATF du 22 décembre 2004 I 157/04).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

7. 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).

8. En l'espèce, le rapport d'expertise du 14 mars 2008 du Dr Q_____ remplit tous les critères jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. L'expert a en particulier tenu compte de toutes les plaintes subjectives de la recourante, dont celles liées à un état de fatigue (rapport p. 6) et relevé que celles-ci étaient compatibles avec ce que l'on observait classiquement lors de sclérose en plaques, soit une fatigue importante, fatigabilité, troubles sensitifs et intolérance partielle à l'injection d'Interferon® (rapport p. 11). Les limitations fonctionnelles liées à l'ensemble des plaintes justifiaient une capacité de travail réduite à 50 % dans une activité adaptée.

Il est à constater que les rapport des médecins-traitants n'ont pas valablement remis en cause les constatations médicales de l'expert ni ses conclusions sur la capacité de

travail résiduelle de la recourante. En effet, le Dr O _____ atteste que l'état de fatigue de sa patiente limite sa capacité de travail à trois heures par jour environ, soit un 25 % environ. Or, si l'on tient compte de la moyenne des heures de travail hebdomadaires en 2007 dans les entreprises soit 41,7 heures (La Vie Economique 11-2009 p. 94), on aboutit, en tenant compte d'un horaire de trois heures par jour de travail, non pas à un taux de travail de 25 % mais de 36 %, étant relevé que le médecin indique un horaire de trois heures par jour environ, sans démontrer de façon convaincante qu'une durée de travail supérieure de 15 % environ, soit un 50 %, ne serait pas possible. Par ailleurs, ce médecin ne remet pas en cause les constatations et conclusions médicales de l'expert mais se borne à estimer, sans motivation détaillée, que la patiente ne lui "paraît pas vraiment en mesure de pouvoir travailler à 50 %". Les mêmes remarques doivent être faites quant à l'avis du Dr T _____ du 4 juin 2009, lequel indique que les heures de travail sont limitées à environ trois heures par jour en raison d'une importante asthénie.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert quant à une capacité de travail de la recourante de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Quant au calcul du taux d'invalidité, la recourante admet le revenu annuel sans invalidité de 49'499 fr. mais invoque la prise en compte comme revenu d'invalidité de son salaire mensuel net à 40 % de 938 fr. S'agissant du revenu d'invalidité, la jurisprudence précise qu'il peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires (ESS), singulièrement les salaires mensuels bruts en partant de leur valeur centrale (médiane), comme l'a effectué l'intimé, lorsque l'assurée n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée normalement exigible (ATF 126 V 75).

Il convient ainsi de se baser sur le salaire brut et non pas net.

En l'espèce, la recourante a effectivement repris un emploi à 40 % dès le 1^{er} août 2008, soit une activité de vendeuse dans une épicerie pour un salaire mensuel brut de 1'500 fr. (soit le 40 % de 3'750 fr) jusqu'au 30 avril 2009. Dès le 1^{er} mai 2009, elle a diminué son temps de travail puisqu'elle ne gagne plus que 1'020 fr. bruts par mois.

Compte tenu des limitations fonctionnelles admises par l'expert, il y a lieu de considérer cet emploi comme une activité adaptée permettant à la recourante de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, sous réserve du taux de travail effectif, lequel est inférieur à celui exigible de 50 %. La question de savoir si, au regard de la jurisprudence précitée (consid. 6), c'est le revenu de l'activité de vendeuse effectivement exercée - mais à un taux inférieur à celui médicalement exigible - qui doit être pris en compte plutôt que celui issu de l'enquête Suisse sur la structure des salaires peut rester ouverte en l'espèce dès lors que le premier aboutit à un revenu annuel brut de 22'500 fr. [(3'750 fr. x 12) : 2] et

le second de 22'962 fr., de sorte que le degré d'invalidité est respectivement de 54,5 % et de 54 %, l'un et l'autre étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité supérieur à une demi-rente, telle que reconnu par l'intimé.

9. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} 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), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. 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

La présidente

Nancy BISIN

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