

## **GE\_GERICHTE A/307/2007 vom 17. April 2008**

GE Cour de justice, 2008-04-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_307\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_307_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/307/2007 du 17 avril 2008

IT: GE\_GERICHTE A/307/2007 del 17 aprile 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.04.2008  
A/307/2007

A/307/2007 ATAS/449/2008 du 17.04.2008 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 23.05.2008, rendu le 19.03.2009, PARTIELMNT ADMIS, 9C\_437/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/307/2007 ATAS/449/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 17 avril 2008 En la cause Madame R\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, représentée par la Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (CAP) recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame R\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assurée), de nationalité espagnole, a travaillé comme concierge. En 2002, son salaire s'est élevé à 27'600 fr. Le 9 août 2001, elle a été victime d'un accident non professionnel : alors qu'elle se trouvait en Espagne, elle a trébuché dans un escalier et fait une chute d'environ deux mètres. Une fracture comminutive par impaction des corps vertébraux D10 et D11 a été diagnostiquée, associée à un gros fragment luxé dans le canal dorsal en arrière du mur postérieur de D11, entraînant une réduction des dimensions du canal dorsal (cf. rapport du 4 octobre 2001 du Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie). L'examen de l'ensemble de la colonne vertébrale a, en outre, révélé une spondylose lombaire modérée, avec discarthrose débutante et arthrose inter-apophysaire postérieure L5-S1, ainsi qu'une cervicarthrose de C5 à C7. De retour en Suisse, l'assurée a été victime d'une nouvelle chute au début du mois d'octobre 2001, ce qui a eu pour conséquence une fracture de la jambe gauche qui a nécessité une ostéosynthèse le 8 octobre 2001. Dans un rapport établi le 23 octobre 2001 à l'attention du médecin-conseil de l'assurance de l'employeur de l'intéressée, le Dr. B\_\_\_\_\_, chef de clinique au département des neurosciences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a constaté une fracture-tassement D11-D12 très importante, avec recul du mur postérieur et déformation en cyphose sus-jacente. Le médecin a recommandé le port d'un corset pour une durée minimum de six mois. Quant à la fracture de la jambe gauche, il a expliqué qu'elle entraînerait une rééducation en décharge du membre inférieur, rendant, par conséquent, la rééducation à la marche très difficile. Le 6 septembre 2002, Madame R\_\_\_\_\_ a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI). Le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué, dans un rapport daté du 20 septembre 2002, que la patiente, suite à sa fracture avec déplacement des vertèbres D10 et D11, puis à sa fracture de la jambe gauche, a montré une évolution ralentie par un défaut de consolidation de la jambe avec possibilité d'une marche avec appui partiel de la jambe gauche et probablement une nouvelle intervention dans les mois à venir, pour combler un déficit osseux. Au plan de la colonne vertébrale, le médecin a décrit la situation comme grave avec une déformation très importante due aux fractures vertébrales D10-D11 pour lesquelles une opération était

cependant déconseillée. Il a expliqué que malgré l'utilisation quotidienne obligatoire d'un corset dorsolombaire, la patiente ne pouvait se tenir debout que quelques minutes avant la survenance de fortes douleurs. Le médecin a estimé possible de prévoir une bonne normalisation fonctionnelle de la fracture tibia-péroné gauches à plus ou moins long terme, mais qu'en revanche, il était illusoire d'attendre une amélioration fonctionnelle et une augmentation des performances physiques en rapport avec le status après fractures vertébrales. Cette évolution défavorable a été confirmée par le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dans un rapport daté du 24 septembre 2002. Ce médecin a mentionné une pseudarthrose en D10-D11 et également au niveau de la jambe gauche. Le dossier de l'assurée a été soumis au Service médical régional AI Suisse romande (ci-après : SMR). Le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que la situation était encore loin d'être stable. Il a préconisé de demander un rapport intermédiaire orthopédique pour connaître l'évolution de la jambe gauche et a ajouté que les problèmes rachidiens justifiaient certainement une incapacité de travail totale comme gardienne d'immeuble, mais qu'il n'était cependant pas exclu qu'une certaine capacité de travail persiste dans une activité adaptée, sédentaire, s'effectuant principalement en position assise. Le médecin a suggéré de poser directement la question à l'orthopédiste. Dans un courrier adressé au Dr D\_\_\_\_\_ le 16 mai 2003, le Prof. F\_\_\_\_\_, médecin-chef à la clinique et policlinique de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a relevé que la patiente présentait principalement des douleurs en barre dorsale basse en regard de la fracture, qu'il n'y avait pas de symptomatologie au niveau des membres inférieurs et qu'elle était partiellement soulagée par le port du corset. Compte tenu de la durée de l'évolution et des gênes résiduelles, le Prof. F\_\_\_\_\_ a estimé qu'il faudrait envisager un éventuel traitement chirurgical. Le 22 juin 2003, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que la fracture de la jambe avait été consolidée début 2003, que l'état de santé de l'assurée à cet égard s'était amélioré, qu'il était, en revanche, demeuré stable s'agissant de l'atteinte dorsale et que l'assurée marchait désormais sans cannes et sans douleur. Interrogé sur la question de savoir si une activité adaptée sédentaire s'exerçant en position principalement assise pouvait être exigible, le médecin a répondu que la patiente était limitée au niveau du dos en position assise en raison des douleurs. Interrogé en particulier sur la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rachidiennes, le Prof. F\_\_\_\_\_ a répondu, en date du 30 août 2004, qu'à son avis, la patiente ne pouvait plus continuer à exercer son activité de concierge. Il a ajouté : " Je ne vois pas, par ailleurs, en tenant compte de la formation et de la situation actuelle de la patiente, le moyen de l'orienter vers une activité où elle pourrait avoir une possibilité de rémunération." Relevant que le Prof. F\_\_\_\_\_ évoquait des facteurs extra-médicaux pour justifier l'inexigibilité de la moindre activité lucrative, le Dr E\_\_\_\_\_, du SMR, a préconisé une expertise orthopédique. Celle-ci a été confiée au Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a rendu son rapport en date du 30 novembre 2007 (pièce 49 OCAI). Au niveau de la colonne vertébrale, le médecin s'est déclaré frappé par une importante cyphose dorsale non réductible. S'agissant des membre inférieurs, il a relevé que l'assurée marchait sans boiterie, le bassin légèrement penché vers la gauche et que le membre inférieur gauche était d'environ ½ cm plus court que le droit. Le médecin a souligné que la rotation interne et l'abduction au niveau des hanches étaient douloureuses. Il a posé les diagnostics de dorsalgies persistantes et hypercyphose dorsale séquellaires d'une fracture-tassement de D10 et D11, associées à un gros fragment luxé dans le canal médullaire dorsal, sans atteinte

neurologique, et à un status après fracture diaphysaire du tibia gauche, compliquée par une pseudarthrose, actuellement guérie. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une obésité de classe II avec BMI à 37, une hypertension artérielle en traitement et une coxarthrose à droite, débutante et peu symptomatique. Le médecin a émis un pronostic défavorable. A l'appui de ce dernier, il a expliqué que les douleurs dorsales allaient persister ; il a en outre souligné qu'en raison des troubles statiques majeurs, des douleurs dans les segments vertébraux sus et sous-jacents pouvaient apparaître ; il a enfin relevé que ce type de cyphose peut se péjorer avec le temps et l'assurée développer un syndrome du canal dorsal étroit. Sur le plan physique, le médecin a indiqué que, vu l'atteinte aux vertèbres, l'assurée devait éviter de porter des charges d'un poids supérieur à 5 kg, privilégier une activité sédentaire s'exerçant en position assise, éviter de se pencher en avant et favoriser les déplacements plutôt à plat. Le Dr G \_\_\_\_\_ a émis l'opinion que l'assurée n'a plus aucune capacité résiduelle de travail en tant que femme de ménage ou concierge car ces activités ne respectent pas les limitations fonctionnelles décrites. En revanche, le médecin a conclu à une capacité de travail partielle dans une activité adaptée respectant les limitations énoncées. Vu les douleurs vertébrales persistantes qui obligent l'assurée à se reposer fréquemment, le médecin a estimé le taux de capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à 50% environ, et ce, à partir du mois de février 2003, date à laquelle la fracture de la jambe droite a été radiologiquement consolidée. Le SMR s'est rallié à l'appréciation du Dr G \_\_\_\_\_. Considérant que la capacité résiduelle de travail était avant tout conditionnée par les limitations fonctionnelles dorsales et que l'expertise faisait ressortir des douleurs dorsales persistantes de caractère mécanique, le SMR a conclu à une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée à partir du mois de février 2003. Une enquête économique sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée en date du 21 avril 2006 (pièce 78 OCAI). Il en ressort que l'assurée a été dépendante de son entourage d'août 2001 à février 2003, y compris pour certains actes ordinaires de la vie. Elle avait ainsi besoin de l'aide de son époux pour se laver ainsi que pour se déplacer à l'extérieur de chez elle. Il a été relevé que son séjour à l'hôpital lui a beaucoup appris quant à sa façon de se mobiliser ; grâce à de petits moyens auxiliaires et à des vêtements adaptés, elle est parvenue à s'habiller seule, à utiliser une pince. A compter de février-mars 2003 environ, l'assurée a retrouvé son autonomie pour se laver et se déplacer. L'enquêtrice, S \_\_\_\_\_, a indiqué que l'assurée ne se plaint désormais pratiquement plus de sa jambe gauche et que son problème résidait surtout au niveau du dos : elle ne supporte ni la station debout, ni la marche au-delà d'un petit périmètre et ne peut se tenir penchée vers l'avant. Si elle insiste, elle ressent des douleurs dorsales qui vont en augmentant jusqu'à devenir insupportables. L'assurée a affirmé que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à exercer son activité de concierge. L'enquêtrice a précisé avoir tenu compte, dans son évaluation, de ce que l'on pouvait exiger du mari de l'assurée, lui-même handicapé au niveau des vertèbres cervicales, et de sa fille. Compte tenu du fait que depuis le printemps 2003, l'assurée a peu à peu retrouvé une partie de son autonomie dans l'exécution de ses tâches ménagères, l'enquêtrice a procédé à deux évaluations, la première portant sur la période d'août 2001 à mars 2003, la seconde de mars 2003 au moment de l'enquête. Il ressort de l'enquête que l'assurée peut désormais préparer les repas, mettre et débarrasser la table, faire la vaisselle, sauf les casseroles et les plats qu'il faut frotter. Le sol et les gros travaux sont assumés par ses deux filles (entretien du haut des placards, dessus du congélateur, fenêtres, rideaux, etc.). L'assurée ne peut toujours pas passer l'aspirateur, ni laver les sols à fond. Elle enlève la poussière là où elle le peut. Elle ne

peut plus ni grimper sur un escabeau, ni nettoyer les vitres, ni descendre et remettre les rideaux. Elle ne peut pas non plus nettoyer la baignoire. Les literies sont changées avec l'aide d'un membre de la famille. L'assurée ne peut toujours rien porter de lourd et c'est son mari qui se charge des courses. L'assurée ne sort que rarement de chez elle. Si elle y est obligée, elle peut prendre les transports publics, à condition que les arrêts soient situés à proximité du lieu où elle se rend. Elle ne peut pas marcher très longtemps à cause de ses douleurs dorsales et doit impérativement trouver un siège pour pouvoir s'asseoir. Elle achète tous ses habits par correspondance pour ne pas avoir à piétiner dans les magasins. C'est sa fille aînée qui se charge du repassage. Son mari et ses voisins se chargent du jardin. Le dossier de l'assuré a ensuite été soumis à la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, qui a procédé au calcul du degré d'invalidité en tenant compte du statut mixte de l'assurée – qui a exercé son activité à temps partiel, à raison de 45%. A été retenu à titre de salaire sans invalidité celui que l'assurée aurait réalisée sans atteinte à la santé en tant que concierge, soit 27'600 fr. Ce revenu a été comparé à celui que l'assurée aurait théoriquement pu obtenir en exerçant une activité simple et répétitive selon les statistiques, soit 19'482 fr. par année (ESS 2002, TA 1, niveau 4 : 3'820 fr. par mois = 45'840 fr. par an = 22'920 fr. par an à 50% = compte tenu d'une réduction supplémentaire de 15% pour tenir compte de l'âge de l'assurée et du fait que seule une activité à temps partiel serait envisageable), ce qui a conduit à un degré d'invalidité de 42%. S'agissant de la part ménagère, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI s'est basée sur le résultat de l'enquête ménagère et a conclu à une invalidité de 73,6% durant la première période (août 2001 à mars 2003) et de 30% durant la seconde (à compter de mars 2003). Informé que l'OCAI avait transmis le dossier de sa patiente à la division de réadaptation professionnelle, le Dr C \_\_\_\_\_ s'en est étonné, se demandant à quoi pourrait bien servir une réadaptation professionnelle « chez une dame allant sur ses 60 ans et qui, de toute façon, est incapable de travailler ». Sur quoi, l'OCAI lui a expliqué par courrier du 23 juin 2005 que la division de réadaptation professionnelle avait non seulement pour objectif de procéder à une possible réadaptation sous forme de reclassement, mais aussi de procéder à la comparaison des gains aboutissant à la fixation du degré d'invalidité. Par décision du 11 décembre 2006, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière limitée dans le temps, du 9 août 2002 au 30 avril 2003. L'OCAI a considéré que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait continué d'exercer son activité professionnelle à 45 %, les 55 % restants étant dévolus à ses travaux habituels. Des différents documents médicaux et professionnels versés au dossier, l'OCAI a tiré la conclusion que la capacité de travail de l'assurée avait été considérablement restreinte depuis le 9 août 2001, de sorte que le délai de carence d'une année avait pris fin le 9 août 2002. A compter de cette date, l'OCAI a admis une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative. S'agissant de la capacité de l'intéressée à effectuer les travaux habituels, l'OCAI s'est référé à l'enquête ménagère effectuée à domicile et a retenu un empêchement 74 %. Il en a résulté un degré d'invalidité total de 85,7 %, arrondi à 86 % (100 % d'empêchement sur 45 % d'activité lucrative = 45 % + 74 % d'empêchement sur 55 % de travaux habituels = 40,7 %). Pour le reste, l'OCAI, sur la base du rapport d'expertise du Dr G \_\_\_\_\_ et de l'avis du SMR, a considéré que si la capacité de travail de l'assurée était effectivement nulle dans l'activité précédemment exercée, elle pourrait atteindre 50 % dans une activité sédentaire adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, c'est-à-dire s'effectuant de préférence en position assise et permettant d'éviter le port d'objets de plus de 5 kg, les déplacements en pente et ce, à compter du mois de février 2003, date à laquelle la fracture de la jambe droite a été consolidée. Dès lors, l'OCAI

a comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assurée dans sa dernière activité, soit 27'600 fr., avec celui qu'elle pourrait obtenir dans une activité raisonnablement exigible, soit 16'044 fr., ce qui a conduit à une perte de gain de 11'556 fr. correspondant à un degré d'invalidité de 42 % s'agissant de l'activité lucrative. Considérant que, selon l'enquête ménagère effectuée à domicile, l'incapacité à effectuer les travaux ménagers n'avait plus été, à compter de février 2003, que de 30 %, l'OCAI a conclu à un degré d'invalidité total de 35 % (42 % d'empêchement sur 45 % d'activité lucrative = 18,9 % + 30 % d'empêchement sur 55 % de travaux habituels = 16,5 %). Par courrier du 26 janvier 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a demandé préalablement que soient entendus les Drs C \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_, ainsi que Madame S \_\_\_\_\_. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision du 11 décembre 2006 en tant qu'elle limite son droit à une rente au 30 avril 2003. La recourante conteste pouvoir exercer une activité lucrative à 50 %. Elle reproche à l'OCAI de s'être fondé sur des "possibilités d'emploi irréalistes" et d'avoir pris en considération un genre d'activité quasiment inconnu du marché du travail. Elle souligne par ailleurs qu'elle est proche de l'âge de la retraite puisqu'elle est âgée de 62 ans, et en tire la conclusion qu'aucune capacité résiduelle n'est exigible de sa part, d'autant qu'ayant toujours travaillé en qualité de concierge ou de femme de ménage, elle ne dispose d'aucune formation professionnelle. Elle ajoute que quoiqu'il en soit, la réduction de 15 % opérée sur le salaire d'invalidé est insuffisante au vu de sa situation personnelle. Quant à l'évaluation de sa capacité à effectuer ses travaux habituels, elle la conteste également. Elle allègue que le fait que l'état de sa jambe gauche se soit amélioré depuis le printemps 2003 n'a pas de répercussion importante sur son aptitude à vaquer à ses tâches ménagères. Elle ajoute que son médecin-traitant, le Dr C \_\_\_\_\_, partage son incompréhension quant au résultat de l'enquête économique sur le ménage. A titre d'exemple, elle fait valoir que retenir un empêchement de 10 % seulement s'agissant des courses, alors qu'elle ne peut rien porter de lourd, ne fait pas même les courses d'appoint, ne sort de chez elle que si elle y est obligée, ne peut prendre les transports publics qu'à condition que les arrêts soient à proximité du lieu où elle se rend et ne peut marcher longtemps, est choquant. A l'appui de son recours, l'assurée a produit un courrier de son médecin traitant, le Dr C \_\_\_\_\_, du 12 janvier 2007, dans lequel ce dernier atteste notamment ne pas avoir noté d'amélioration des symptômes douloureux, ni d'augmentation de l'indépendance ou des performances physiques depuis le printemps 2003. Il indique, au contraire, avoir assisté à une péjoration de l'état général de l'assurée, compte tenu de l'apparition d'un diabète en 2006. Le médecin a ajouté que, vu la pathologie, les douleurs résiduelles, l'apparition du diabète et l'âge de la patiente, il ne pensait pas qu'il soit médicalement possible d'exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité professionnelle. Il a enfin indiqué qu'elle était effectivement limitée dans la tenue de son ménage et que ses diverses activités dans son appartement doivent être réparties dans la journée, la semaine et entrecoupées de périodes de repos. Le médecin a souligné que, compte tenu de l'âge de sa patiente, les symptômes ne pouvaient que s'aggraver. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 12 mars 2007, a conclu au rejet du recours. Par courrier du 5 juin 2007, l'assurée a encore produit un courrier du Prof. F \_\_\_\_\_ le 30 avril 2007. Ce dernier y indique que, du point de vue purement médical, la situation est relativement stabilisée, qu'en situation sédentaire, sa patiente rencontre peu de gêne et qu'en ce sens-là, une possibilité très théorique d'activité aurait été éventuellement possible, à condition que le marché du travail et une formation le permettent. Il estime qu'une reprise d'activité rémunérée semble impossible. Ce rapport a été communiqué à l'intimé, qui, par courrier du

26 juin 2007, a indiqué qu'il maintenait ses conclusions. Une audience d'enquêtes a eu lieu en date du 1<sup>er</sup> novembre 2007. Le Dr C \_\_\_\_\_, qui suit la recourante depuis 1993, a expliqué que si la fracture de la jambe que lui a occasionné son accident s'est résolue correctement, il n'en a pas été de même des lésions à la dixième vertèbre dorsale. Il a ajouté que l'état de sa patiente à ce niveau ne pourra que se péjorer. Elle ne peut rester en position statique et éprouve également des difficultés à se déplacer; elle souffre même en position couchée. Dans ces conditions, le médecin a exprimé l'avis que l'activité de concierge précédemment exercée est désormais totalement inenvisageable. Il a dit ne pas voir quelle autre activité sa patiente pourrait exercer dans son état. Selon le Dr C \_\_\_\_\_, le handicap de la recourante est considérable. A cet égard, le témoin a invité le Tribunal de céans à questionner le Dr F \_\_\_\_\_, dont il a estimé qu'il serait mieux à même d'expliquer l'état déplorable dans lequel se trouve la dixième vertèbre de l'intéressée. Le témoin a expliqué que l'opération d'abord envisagée a finalement été repoussée au vu des risques qu'elle faisait courir à la patiente. Finalement, sa situation s'est plus ou moins stabilisée, au grand soulagement des médecins, qui craignaient même que la patiente se retrouve en chaise roulante. Le témoin a confirmé que sa patiente rencontre de nombreuses difficultés pour tenir son ménage; si elle peut effectivement accomplir de petites tâches, il doute qu'elle puisse en revanche ranger des armoires, nettoyer les vitres, faire des courses ou même passer l'aspirateur. Le Dr C \_\_\_\_\_ a souligné que le problème principal de sa patiente ne s'est jamais véritablement situé au niveau de la jambe mais plus haut; il a fait remarquer que la fracture de la jambe à elle seule n'aurait jamais justifié le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité. La dixième vertèbre de l'assurée s'est déplacée de telle sorte que le canal médullaire a été atteint. Le témoin a expliqué que la colonne s'était déformée (courbure exagérée de la colonne dorsale), ce qui entraîne des douleurs résiduelles que rien ne pourra réduire. Le Dr C \_\_\_\_\_ a tenu à souligner les efforts de sa patiente - qui a notamment réussi à perdre près de 30 kg - pour conserver une certaine mobilité. Entendu à son tour, le Dr F \_\_\_\_\_ a expliqué que l'accident a causé une fracture au niveau D11-D12, que l'assurée a également subi une fracture de la jambe dont elle a été très longue à se remettre et qu'une coxarthrose au niveau de la hanche a également débuté, qui commence à la gêner. La dernière fois qu'il a examiné la patiente, en avril 2006, le Dr F \_\_\_\_\_ a constaté une syphose, c'est-à-dire une déformation localisée, secondaire à la fracture. Le témoin a indiqué que les douleurs ont diminué et que la médication a pu l'être d'autant. Les plaintes de la patiente consistent désormais plutôt en une forte gêne. Le Dr F \_\_\_\_\_ a confirmé que l'éventualité d'une opération a finalement été écartée car cette chirurgie, lourde, ne se justifie pas compte tenu de l'ampleur des risques qu'elle comporterait et de l'état de la patiente. Actuellement, cette dernière se plaint de douleurs dorsales augmentant à l'effort. La déformation de la colonne impose un travail musculaire supplémentaire et a pour conséquence une fatigabilité accrue. Quant à la coxarthrose, elle ne peut que se péjorer et entraînera à plus ou moins long terme la nécessité de poser une prothèse de la hanche. Le témoin a admis que la consolidation de la fracture à la jambe a entraîné une amélioration de l'état de sa patiente mais a souligné que cela ne signifie pas qu'elle a depuis lors retrouvé sa fonctionnalité. Le fait que la fracture soit guérie était positif dans la mesure où, en cas de problèmes dorsaux, l'exercice physique est recommandé. Le Dr F \_\_\_\_\_ exclut la possibilité pour sa patiente de reprendre son ancienne activité. Quant à savoir si une autre est exigible de sa part, il a qualifié cette hypothèse d'illusoire compte tenu du fait que son état ne peut que se péjorer, non seulement au niveau du dos mais également au niveau de la hanche; selon lui, le temps que le

reclassement soit mené à bien, l'état de sa patiente se sera déjà aggravé. Au niveau du ménage, le médecin a indiqué que toutes les tâches lourdes sont impossibles pour la recourante de sorte qu'à son avis, dans l'ensemble, elle doit être handicapée à hauteur de 50% environ. L'OCAI a soumis les procès-verbaux d'enquêtes au SMR, lequel a émis l'avis qu'une nouvelle enquête ménagère ne se justifiait pas et que l'audition des médecins n'avait pas amené d'élément nouveau susceptible de lui permettre de modifier sa position. La Dresse H\_\_\_\_\_, médecin-conseil au SMR et spécialiste en assurances sociales, a d'abord relevé, s'agissant de l'enquête ménagère, qu'ont été retenus à titre de limitation fonctionnelle le fait que l'assurée ne doit pas porter d'objets d'un poids supérieur à 5 kg, qu'elle doit avoir une activité sédentaire privilégiant la position assise, éviter de se pencher en avant et éviter également des déplacements en terrain irrégulier. La Dresse H\_\_\_\_\_ a souligné que l'activité ménagère ne nécessite pas de rendement et permet un respect de ces limitations fonctionnelles. Elle estime que l'empêchement ménager de 30% qui a été retenue à compter du printemps 2003 est donc en parfaite adéquation avec ces limitations. S'agissant de l'atteinte à la dixième vertèbre de l'assurée, la Dresse H\_\_\_\_\_ a relevé que le Prof. F\_\_\_\_\_, dans son courrier du 30 avril 2004, a indiqué que la situation était relativement stabilisée et que l'assurée rencontrait peu de gêne lors d'activités sédentaires. Par courrier du 13 décembre 2007, la recourante a reproché à la Dresse H\_\_\_\_\_ de n'avoir pas tenu compte des déclarations du Prof. F\_\_\_\_\_ lors de son audition. Mme S\_\_\_\_\_, infirmière spécialisée qui a procédé à l'enquête ménagère, convoquée par le Tribunal de céans pour être entendue en qualité de témoin, a fait savoir qu'elle était en arrêt-maladie pour une longue durée, de sorte que le Tribunal a renoncé à l'auditionner. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le recours concerne le droit à des prestations postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 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). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), le

recours est recevable. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité non limitée dans le temps, singulièrement sur le taux d'incapacité de travail et de gain qu'elle présente. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 consid. 4 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). d) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examinée à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 et les références). D'après les art. 41 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et 17 LPGA (applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régissant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 et les références). a) En l'espèce, l'intimé s'est basé, s'agissant de la capacité de travail de l'assurée, sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr G \_\_\_\_\_ et a ainsi retenu

qu'à compter du moment où sa fracture à la jambe a été consolidée, l'assurée a recouvré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, laquelle a été décrite comme devant permettre d'éviter le port de charges d'un poids supérieur à 5 kg, d'éviter de se pencher en avant, de privilégier la position assise et de favoriser les déplacements plutôt à plat. La recourante estime quant à elle que l'expertise du docteur G\_\_\_\_\_ ne saurait emporter la conviction et requiert que sa capacité résiduelle de travail (ou plutôt son incapacité totale) soit constatée sur la base des avis de ses médecins traitants. b) Le Tribunal de céans observe que le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ répond en tous points aux réquisits de la jurisprudence en ce sens qu'il se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées, a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical est claire et enfin, que les conclusions de l'expert sont bien motivées. Les médecins traitants de l'assurée ne contestent d'ailleurs aucunement les diagnostics qui ont été retenus par l'expert. Seule leur évaluation de la capacité de travail de la patiente diverge de celle de ce dernier. Or, cette appréciation divergente ne repose pas sur des éléments médicaux, mais sur des circonstances qu'il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de prendre en compte. En effet, ainsi que le fait remarquer l'intimé, si le Prof. F\_\_\_\_\_ conclut à une incapacité totale de travail, quelle que soit la profession, c'est pour des raisons extra-médicales, à savoir le fait que sa patiente est âgée et qu'elle ne dispose d'aucune formation. Il n'en demeure pas moins que le Prof. F\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un courrier du 30 avril 2007, qu'en situation sédentaire, sa patiente rencontrait peu de gêne, de sorte qu'il restait une possibilité d'activité. Il n'a qualifiée cette possibilité de "très théorique" qu'en raison de la situation difficile sur le marché du travail et de l'absence de formation de sa patiente. Il est vrai également que l'assurée souffre des dixième et onzième vertèbres dorsales. Force est cependant de constater que le Dr G\_\_\_\_\_ en a largement tenu compte dans son appréciation, puisqu'il a admis que le problème principal de l'assurée se situait au niveau dorsal, raison pour laquelle il a précisément énoncé une liste de limitations et réduit la capacité résiduelle de travail de l'assurée à 50%. S'il n'y a pas eu, à proprement parler, d'amélioration au niveau de la colonne vertébrale chez l'assurée au printemps 2003, il n'en demeure pas moins qu'à compter de ce moment-là, la fracture du tibia étant consolidée, la recourante a pu retrouver une indépendance et une autonomie qui ne sont pas contestées. C'est donc à juste titre que le Dr G\_\_\_\_\_ a fait remonter le début de la capacité résiduelle de travail à février 2003. Il ressort des considérations qui précèdent que dans le contexte d'une limitation de la rente dans le temps - induisant l'application des principes relatifs à la révision de la rente (cf. jurisprudence citée supra) -, il y a lieu de conclure à une amélioration de l'état de santé de la recourante dès février 2003, date à partir de laquelle la guérison de son membre inférieur lui a permis de recouvrer une certaine autonomie: A compter de cette date, en tenant compte des limitations induites par l'état de sa colonne vertébrale, il faut lui reconnaître une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. La recourante ayant exercé précédemment une activité à temps partiel, le Tribunal de céans doit maintenant procéder à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGA, en corrélation avec les art. 27 et 27 bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en

moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. S'il y a lieu d'admettre que les assurés, s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité sera évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative. L'art. 27 RAI dispose que l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage et n'exerçant pas d'activité lucrative, on entend l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré. Ainsi, il faut dès lors déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Il convient par conséquent d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a ; RCC 1980 p. 565 ; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.). Il convient en premier lieu de procéder à la comparaison des revenus dans l'activité lucrative. Seule sera examinée ici la période postérieure au 30 avril 2003. a) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance éventuelle du droit aux prestations; 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 survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174 ). Lorsque, comme en l'espèce, le revenu d'invalidé est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalidé (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 ss. consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). 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 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64).

Concernant le gain réalisé par l'assurée avant invalidité, il s'agit de se référer au questionnaire rempli par son dernier employeur. Il en ressort que, sans invalidité, l'assurée aurait continué à réaliser un revenu de 27'600 fr. par an. Ce revenu doit être comparé à celui que l'assurée pourrait théoriquement obtenir malgré l'atteinte à sa santé en exerçant une activité adaptée, c'est-à-dire simple et répétitive, tous secteurs confondus, soit 16'044 fr. par an (ESS 2002 TA1, niveau 4 : 3'820.- par mois pour un horaire de 40h./sem = 3'982 fr. 35 par mois pour un horaire de 41,7h./sem. = 47'788 fr. 20 par année pour un plein temps = 21'504 fr. 70 pour une activité exercée à 45% = 16'128 fr. 50 après déduction maximale de 25% pour tenir compte de l'âge de l'assurée, du fait que seule une activité légère lui est accessible et du fait qu'elle travaille à temps partiel). Cette comparaison conduit à un degré d'invalidité de 41.56 % concernant l'activité lucrative de l'assurée. C'est également le chiffre retenu par l'OCAI, de sorte qu'il y a lieu de constater que son calcul est correct sur ce point. Il convient encore de rappeler que, selon la jurisprudence, le fait de se baser sur le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, permet d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par l'assurée, conformes aux aptitudes de celle-ci. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et adaptées au handicap de l'assurée. Le salaire statistique qui a été pris en considération est donc représentatif de ce que pourrait théoriquement gagner la recourante, compte tenu d'un marché équilibré du travail (au sens de l'art. 28 al. 2 aLAI ou 16 LPGa), en mettant à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. b) Reste à déterminer le degré d'invalidité pour la part ménagère. Sur ce point, l'intimé s'est basé sur l'enquête ménagère réalisée au domicile de l'assurée en date du 21 avril 2006. Il en a tiré la conclusion que l'incapacité à effectuer les travaux ménagers n'a plus été, à compter de février 2003, que de 30%. La recourante conteste cette évaluation en alléguant que le fait que l'état de sa jambe gauche se soit amélioré depuis le printemps n'a pas eu de répercussion importante sur son aptitude à vaquer aux tâches ménagères. Elle relève qu'un empêchement de 10% seulement a été retenu, par exemple, s'agissant de son aptitude à faire des courses, alors qu'elle ne peut rien porter de lourd et ne sort de chez elle que si elle y est obligée. Elle invoque à l'appui de sa position l'avis de son médecin traitant, le Dr C \_\_\_\_\_, lequel a confirmé, lors de son audition par le Tribunal de céans, que sa patiente rencontre de nombreuses difficultés pour tenir son ménage et que si elle peut effectivement accomplir de petites tâches, elle ne peut en revanche effectuer les travaux lourds. Le Dr C \_\_\_\_\_ a également précisé, dans son courrier du 17 janvier 2007 produit par la recourante à l'appui de ses écritures, que cette dernière était limitée dans la tenue de son ménage et que ses diverses activités dans son appartement devaient être réparties dans la journée ou la semaine et entrecoupées de périodes de repos. Il y a lieu de relever avant tout que l'enquêtrice a expressément indiqué avoir tenu compte des tâches que l'on pouvait exiger du mari de l'assurée et des filles de cette dernière. Il y a lieu de rappeler qu'afin de satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe du ménage doit, de sa propre initiative, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle, afin d'améliorer sa capacité de travail, par exemple en adoptant une méthode de travail adéquate, en faisant l'acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés; elle doit mieux répartir son travail et avoir recours à l'aide des membres de sa famille dans la mesure habituelle. Si elle ne prend pas de telles dispositions en vue de réduire son invalidité, il ne sera pas tenu compte, lors de l'évaluation de celle-ci, de la diminution de la capacité de

travail qui en résulte dans le domaine du ménage (ch. 3098 de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI]). Dès lors, il est exigible de l'assurée, précisément, qu'elle fractionne ses activités ménagères dans la journée ou dans la semaine et qu'elle fasse appel aux membres de sa famille pour l'aider. Ceci étant précisé, il apparaît que l'évaluation à laquelle s'est livrée l'enquêtrice est convaincante, d'autant plus qu'elle a fourni, à l'appui de son enquête, un bon nombre de précisions quant aux actes que pouvait ou non faire l'intéressée. Il a été ainsi précisé que cette dernière, à compter du printemps 2003, et après un séjour à l'hôpital, a appris à faire appel à de petits moyens auxiliaires et à des vêtements adaptés notamment, afin de retrouver une autonomie pour se laver et se déplacer. L'enquêtrice a décrit en détail quelles étaient les activités que pouvait désormais assumer la recourante dans son ménage. Eu égard aux explications données, les conclusions de l'enquête ménagère apparaissent tout à fait convaincantes et il y a lieu de s'y référer. C'est, par conséquent, à juste titre, que l'OCAI s'est rapporté aux conclusions de cette enquête pour retenir un degré d'empêchement de 30% dans l'exercice des travaux habituels, lesquels représentent une part de 55%. On aboutit ainsi à un degré d'invalidité pour la part ménagère de 16,5%, ainsi que l'a retenu l'intimé, ce qui conduit à un degré d'invalidité global de 35,4%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, de sorte que c'est à bon droit que l'intimé a mis un terme à la rente d'invalidité de l'assuré à compter du 30 avril 2003. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Brigitte LUSCHER La présidente Karine STECK 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.