

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1656/2009

ATAS/1406/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 18 novembre 2009

En la cause

Madame P _____, domiciliée au GRAND-LANCY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
VATERLAUS Doris

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Evelyne
BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P_____, née en 1962, d'origine Suisse, titulaire d'un diplôme de secrétaire médicale obtenu en 2003, travaille depuis 1983 pour les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), d'abord en tant qu'aide-soignante, puis en qualité de commise administrative.
2. Le 3 mars 2005, l'assurée a fait une chute à vélo et subi un choc au membre supérieur gauche.
3. Le cas a été pris en charge par Winterthur Assurances (ci-après : WINTERTHUR) en sa qualité d'assureur-accidents.
4. Le 6 mai 2005, la Dresse A_____, généraliste traitant, a signalé à la WINTERTHUR les diagnostics d'entorse du carpe gauche, de contusion du scaphoïde gauche, et de petite fissure D3G. Le bras droit avait été immobilisé et une incapacité de travail entière était attestée depuis le jour de l'accident.
5. Le 23 août 2005, l'assurée a été examinée par le Dr B_____, rhumatologue. Selon le rapport daté du 25 août 2005 à l'intention de la WINTERTHUR, l'assurée souffrait d'un status post-contusion-distorsion du carpe (scaphoïde) à gauche et d'une algodystrophie II. Elle présentait également une capsulite rétractile de l'épaule gauche, très probablement secondaire à la lésion ayant touché le poignet gauche ainsi qu'à la contention posée dans les suites de cet accident. L'incapacité de travail entière était toujours justifiée médicalement, la situation devant être réévaluée après trois mois.
6. En date du 13 mars 2006, la Dresse C_____, chirurgien orthopédiste, a établi un rapport d'expertise à la demande de la WINTERTHUR. Elle a confirmé les diagnostics de status post-contusion du scaphoïde et d'entorse bénigne du poignet gauche et posé le diagnostic de « regional pain syndrome » touchant le membre supérieur gauche y compris l'épaule avec raideurs importantes des doigts longs, du poignet et de l'épaule. Selon l'expert, ces affections empêchaient la reprise de l'activité de secrétaire médicale, l'incapacité de travail étant entière depuis le 3 mars 2005. L'état n'était pas encore stabilisé et la situation devait être réévaluée après une année.
7. Le 26 avril 2006, l'assurée a présenté une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), tendant à l'octroi de mesures de réadaptation.
8. Interpellé par l'OCAI, l'employeur a attesté en date du 2 mai 2006 que l'assurée, engagée en tant que commise administrative le 1^{er} janvier 1992, travaillait à 90%

depuis le 1^{er} octobre 1993. Son salaire mensuel était de 5'495 fr. 20 depuis janvier 2005.

9. Dans un rapport à l'OCAI daté du 9 juin 2006, la Dresse A_____ a constaté une amélioration des amplitudes articulaires obtenues après mobilisation et le port de plusieurs attelles de posture. En revanche, la patiente n'utilisait toujours pas sa main gauche dans les activités de la vie quotidienne et la rééducation était toujours limitée par la douleur. Selon le médecin traitant, la demande de prestations n'était pas justifiée, l'assurée pouvant reprendre son travail. Le pronostic était lentement favorable, étant précisé qu'il s'agissait d'une atteinte gauche chez une patiente droitrière. En l'état, l'ancienne activité n'était pas exigible.
10. Dans un avis du 4 août 2006, la Dresse D_____, spécialiste FMH en chirurgie reconstructive et de la main et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu, au vu dossier médical, que l'assurée avait développé une algodystrophie sévère, de même qu'une épaule gelée, justifiant la poursuite de l'incapacité de travail. Aucune mesure professionnelle ne pouvait être envisagée aussi longtemps que les douleurs étaient au premier plan. De nouveaux renseignements devaient être recueillis en mars 2007.
11. Le 5 février 2007, l'assurée a repris son travail à 25%, soit 2h15 par jour pendant 5 jours (cf. note de travail du 19 mars 2007).
12. Le 23 mars 2007, la Dresse A_____ a signalé à l'OCAI que l'état s'était aggravé dans le sens que l'on avait atteint une limite et qu'il y avait des séquelles prévisibles. L'assurée, qui avait repris son ancienne activité à 25%, pouvait, selon l'évolution, envisager une augmentation du taux d'activité à 50% après quelques mois, mais des séquelles de mobilité étaient probables. En l'état, la capacité de travail était de 25% dans l'activité habituelle. Théoriquement, dans une activité ne nécessitant pas l'utilisation du membre supérieur gauche la capacité de travail était de 100%, avec diminution du rendement.
13. Le 4 mai 2007, la WINTERTHUR a transmis à l'OCAI un rapport d'ergothérapie préprofessionnelle concernant l'évaluation et l'aménagement de la place de travail de l'assurée. Il était proposé d'acquérir une chaise adaptée, l'installation d'un repose pied adéquat, la confection d'un rembourrage pour le bras gauche, l'acquisition d'un clavier permettant la saisie uni-manuelle et l'utilisation d'un escabeau à bonne hauteur.
14. En date du 3 juillet 2007, l'assurée a été examinée par le Dr E_____, chirurgien orthopédique, à la demande de la WINTERTHUR. L'assurée souffrait d'un status deux ans et trois mois après contusion/distorsion du poignet gauche et d'un « chronic regional pain syndrome (CRPS) » secondaire, avec raideur résiduelle marquée au niveau des doigts, modérée au niveau du poignet, modeste au

niveau du coude et de l'épaule. Une augmentation progressive de la capacité de travail paraissait justifiée, par exemple à raison de 10% par mois. L'expert retenait, s'agissant des séquelles de l'accident, une capacité de travail de 35% depuis le 1^{er} septembre 2007 et de 45%-50% depuis le 1^{er} octobre 2007, puis davantage selon réentraînement au travail. L'état n'était pas encore stabilisé.

15. Un examen clinique a été effectué par la Dresse D_____ du SMR en date du 8 novembre 2007. Selon son rapport du 6 décembre 2007, l'examen clinique montrait des séquelles évidentes d'algodystrophie (CRPS) de la main gauche touchant l'ensemble du membre supérieur gauche. L'épaule était douloureuse même au repos et très limitée, la main était peu douloureuse, mais fortement limitée dans les mouvements, dont seule la pince pouce-index était préservée, quoique faible. Des troubles sensitifs sous la forme d'une hyperesthésie étaient aussi observés. L'état était stabilisé depuis l'été 2007, avec d'importantes séquelles. La capacité de travail demeurait ainsi limitée dans toute activité en raison des douleurs de l'épaule qui obligeaient l'assurée à changer de position régulièrement et à faire des pauses répétées. Sous réserve des limitations fonctionnelles, la capacité était de 50%, correspondant également à l'estimation du Dr E_____. L'activité antérieure de commise administrative pouvait être adaptée, grâce en particulier au clavier et au siège qui avaient été fournis. La capacité de travail était de 50% également dans une activité de secrétariat sous réserve de ces limitations, à savoir une activité mono-manuelle droite, la main gauche pouvant juste servir d'appoint mais sans port de charges, sans mouvements de l'épaule, sans pince forte ni mouvements fins. Les positions assise ou debout prolongées devaient être évitées. Toutefois, suite à l'apparition, à la mi-août 2007, d'une affection thyroïdienne (maladie de Basedow) pas encore traitée, la capacité de travail était nulle en l'état. Par conséquent, l'incapacité de travail devait être considérée comme entière du 3 mars 2005 au 4 février 2007, de 75% dès le 5 février 2007 et ensuite à nouveau de 100% dès la mi-août 2007 en raison de la maladie de Basedow. Une fois cette affection traitée et stabilisée, il était possible de s'attendre à une capacité de travail de 50%, probablement, dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée.
16. Interpellé par l'OCAI, le Dr F_____, nouveau médecin traitant de l'assurée, a exposé en date du 14 janvier 2008 que sa patiente présentait, en plus de l'algodystrophie du membre supérieur gauche, une hyperthyroïdie, un bloc auriculo-ventriculaire du 2^{ème} degré et une dépression avec émergence d'une sinistrose, depuis le mois de septembre 2007.
17. Le 14 février 2008, la Dresse D_____ du SMR a exposé que, d'après les renseignements obtenus le même jour du Dr F_____, l'hyperthyroïdie était désormais traitée et stabilisée. En revanche, les troubles du rythme cardiaque ne s'étaient pas amendés. Quant à l'état dépressif réactionnel, il ne nécessitait pas de suivi spécialisé, ni de médication. Il convenait par conséquent d'interpeller le Dr

G_____, cardiologue, afin d'avoir des précisions sur l'affection cardiologique.

18. Dans un courrier à l'OCAI du 11 mars 2008, le Dr G_____ a attesté que, selon les examens pratiqués le 7 mars 2007, le bloc auriculo-ventriculaire ne nécessitait aucun traitement et l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail en relation avec la situation cardiologique.
19. Dans un rapport du 4 avril 2008, la Dresse D_____ du SMR a estimé qu'il convenait d'admettre une incapacité de travail totale pendant toute la période de ces dernières investigations médicales, et ce jusqu'au 7 mars 2008. Depuis lors, en raison des séquelles douloureuses et fonctionnelles de l'accident, la capacité de travail était de 50% dans l'activité de commise administrative, qui avait été adaptée grâce en particulier au clavier et au siège. Cette évaluation correspondait à celle du Dr E_____. Vu l'absence d'amélioration depuis lors, on ne pouvait pas s'attendre à une augmentation notable de la capacité de travail par la suite. Par conséquent, il y avait lieu de retenir une incapacité de travail de 100% depuis l'accident jusqu'au 4 février 2007, de 75% du 5 février au 14 août 2007, de 100% du 15 août 2007 au 7 mars 2008 et de 50% à partir du 8 mars 2008.
20. Le 11 avril 2008, la WINTERTHUR a communiqué à l'OCAI une copie du second rapport d'expertise du Dr E_____, daté du 3 avril 2008. Ce médecin a constaté que la situation clinique montrait une tendance positive durant les deux premières années après l'accident. En revanche, depuis l'examen de juillet 2007, on constatait une relative stagnation. Tout au plus, il était possible d'évoquer la présence d'une très légère amélioration de la mobilité en flexion pour les doigts longs. On restait surtout frappés par les multiples signes d'épargne du membre supérieur gauche, particulièrement de la main. Le tableau d'auto-protection du membre supérieur était assez flagrant. Il semblait désormais couplé à quelques éléments de non organicité. L'évolution paraissait peu favorable. L'état de la main gauche n'était pas bon, hormis une pince pouce-index encore correcte, ce qui permettait la manipulation de certains objets. Le travail sur ordinateur devait pouvoir être réalisé, ne saurait-ce que partiellement (limité par un état de hyper-fatigabilité). L'atteinte globale conjointe de l'épaule (dont l'appréciation nuancée était difficile compte tenu de la résistance active) engendrait inévitablement des phénomènes de surcharge, en particulier en zone péri-scapulaire. La capacité de travail ne serait-ce que sur le point théorique était de 50% (en relation avec l'accident du 3 mars 2005) et ce depuis le 1^{er} décembre 2007. Il n'y avait pas d'argument substantiel pouvant faire espérer, à court/moyen terme, à une meilleure capacité de travail. L'état pouvait ainsi être considéré comme stabilisé. Une incapacité de travail définitive de 50% était constatée, et ce tant dans l'activité exercée jusqu'à présent que très probablement dans une activité de saisie de données sur ordinateur/petit secrétariat. Une atteinte à l'intégrité de 17.5% était aussi retenue.

21. Par courrier daté du 9 mai 2008, l'employeur a informé l'OCAI que l'assurée avait repris son activité à 50% depuis le 14 avril 2008. En 2007, l'assurée aurait touché un salaire annuel brut de 67'726 fr. 20 et en 2008 de 68'205 fr.
22. Par projet d'acceptation de rente daté du 20 mai 2008, l'OCAI a reconnu à l'assurée une rente entière à partir du 4 mars 2006, compte tenu d'une incapacité de travail de 100% dans la sphère lucrative et dans le domaine ménager. Compte tenu d'une amélioration de la capacité de travail de 25% à partir du 5 février 2007, l'OCAI a considéré que le taux d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2007, après une période de trois mois, était de 72,50% (soit 72,20% dans le domaine professionnel et 75% dans le domaine ménager), ce qui justifiait le maintien du versement de la rente entière. A partir du 15 août 2007, l'empêchement était à nouveau total tant dans la sphère professionnelle que ménagère, le taux d'invalidité étant ainsi à nouveau de 100% depuis le 1^{er} décembre 2007. Enfin, du point de vue médical, la capacité de travail a été évaluée à 50% à partir du 8 mars 2008. Le degré d'invalidité dès le 1^{er} juin 2008 était ainsi de 44,45% dans la sphère lucrative, après comparaison des revenus. Dans le domaine ménager, le degré d'empêchement était fixé à 50%. Globalement, le taux d'invalidité total s'élevait ainsi à 45% depuis le 8 mars 2008, la rente entière étant remplacée par un quart de rente à partir du 1^{er} juin 2008.
23. Par courrier daté du 20 juin 2008, l'assurée a fait savoir que le salaire annuel mentionné dans le projet de décision et concernant 2007, de 67'726 fr. 20, était inférieur au salaire qu'elle avait réalisé en 2005, de 74'734 fr. 70. Elle joignait à cet effet les certificats de salaire afférents à l'année 2005 et 2006. Quant au taux d'invalidité global, de 44.45%, il était inférieur au taux de 50% retenu par le médecin de la WINTERTHUR. A cette occasion, l'assurée précisait qu'elle travaillait au sein du même service, à un taux de 50%.
24. Le 24 juin 2008, l'OCAI a fait savoir à l'assurée que les arguments présentés dans sa contestation n'étaient pas susceptibles de modifier la position de l'Office. En particulier, le revenu sans invalidité avait été établi sur la base des renseignements fournis par les HUG concernant le salaire de 2007.
25. En date du 25 mars 2009, les HUG ont informé l'OCAI que l'assurée avait également perçu une prime de fidélité et une prime mensuelle EPM. Par conséquent, le salaire annuel brut pour 2007 aurait été de 75'736 fr. 45 et pour 2008 de 76'929 fr. 70.
26. Par décision datée du 3 avril 2009, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière de mars 2006 à mai 2008 et un quart de rente à partir du 1^{er} juin 2008, pour les motifs déjà exposés dans le projet de décision du 20 mai 2008 et dans le courrier du 24 juin 2008.
27. Par pli daté du 12 mai 2009, mis à la poste le même jour, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant à son annulation.

Le calcul du taux d'invalidité était selon elle erroné. Le degré d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2007 se montait à 75,15%, et non pas à 72,50% comme retenu par l'OCAI. Il était de 50,68% à partir du 1^{er} juin 2008 ce qui ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité.

28. Dans sa détermination du 10 juin 2009, l'OCAI a répondu que même en prenant en considération les revenus sans invalidité supérieurs communiqués par les HUG, les taux d'invalidités calculés dans la décision entreprise demeuraient corrects, soit notamment de 72,5% du 1^{er} mai 2007 au 30 novembre 2007 et de 45% à partir du 1^{er} juin 2008.
29. Invitée à répliquer, la recourante a maintenu que le calcul de l'OCAI était inacceptable et ne prenait en compte qu'un empêchement de 44,45% dans le cadre de l'activité à 90%. L'activité ménagère ne disposait plus d'aucune valeur économique dans ce calcul. Il convenait par conséquent de chiffrer la perte de gain dans les travaux habituels.
30. Par écriture datée du 25 août 2009, l'OCAI a rétorqué que le taux d'invalidité de la recourante avait été déterminé à l'aide de la méthode mixte. Compte tenu d'un degré d'empêchement de 40% dans la sphère lucrative et de 5% dans le domaine ménager (50% de 10%), depuis le mois de mars 2008, le taux d'invalidité global était bien de 45% et n'ouvrait le droit qu'au versement d'un quart de rente.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le 1^{er} janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI). Elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, 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). Avant cette date, les dispositions légales s'appliquent dans leur ancienne teneur. Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de

l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

La cinquième révision a en revanche modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C_373/08, consid. 2.1). En l'espèce toutefois, dans la mesure où l'incapacité de travail significative a débuté en mars 2005 et que la demande de prestations a été déposée en 2006, ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent, (cf. Lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5^{ème} révision de l'AI et le droit transitoire).

3. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. 1 LPGA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte en l'espèce sur le remplacement de la rente entière par un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2008, singulièrement sur le calcul du degré d'invalidité.
5. 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) L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI dès le 1^{er} janvier 2008).

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et applicable en l'espèce ; cf supra § 2 en droit), 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).

6. c) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417 s. et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ss, 113 V 273 consid. 1a p. 275, ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 s., 387 consid. 1b p. 390 s.). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 350 s., 125 V 368 consid. 2 p. 369, ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 s. et 387 consid. 1b p. 390 s. et les références).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

7. a) 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 261 consid. 4 et les références).

b) 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.).

c) 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). S'agissant des rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant 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) L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi, sur la base des critères énoncés précédemment, une hiérarchie entre les divers types d'expertises

médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C_885/2007, consid. 3.2).

8. En l'espèce, au vu de l'ensemble des pièces médicales présentes au dossier, il apparaît que la recourante, suite à un accident à vélo survenu le 3 mars 2005, a subi une contusion-distorsion du carpe gauche et souffert d'une algodystrophie du membre supérieur gauche; elle a présenté une incapacité de travail entière, médicalement attestée, jusqu'au 5 février 2007, date à laquelle elle a repris son travail à raison de 25%. Selon le SMR, l'état du membre supérieur gauche s'est ensuite stabilisé vers l'été 2007, avec d'importantes séquelles permettant l'exercice de l'ancienne activité à 50%, voire l'exercice d'une activité adaptée à un taux de 50% également (rapport d'examen clinique de la Dresse D_____ du 8 novembre 2007). Quant au Dr E_____, il a aussi évalué à 50% la capacité de travail de l'assurée tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, en relation avec les séquelles de l'accident du 3 mars 2005, et ce à partir du 1^{er} décembre 2007 (rapport à la WINTERTHUR du 3 avril 2008).

Force est ainsi de constater que tant de l'avis du SMR que de celui de l'expert mandaté par l'assureur-accidents, les troubles au membre supérieur gauche, une fois stabilisés, font obstacle à une reprise de travail à un taux supérieur à 50%.

Le fait que le Dr E_____ ait fixé à décembre 2007 le début de l'exigibilité à 50%, alors que la Dresse D_____ du SMR l'a fixé plus tôt, n'est pas relevant, dès le moment que le SMR a considéré que l'assurée présentait de toute manière une incapacité de travail entière du 15 août 2007 au 7 mars 2008, compte tenu de l'apparition d'une maladie thyroïdienne (maladie de Basedow) à la mi-août 2007, et de troubles du rythme cardiaque.

Par conséquent, il y a lieu de suivre l'avis du SMR, corroboré par l'appréciation du Dr E_____, et d'admettre que la recourante présente une capacité de travail de 50% dans son ancienne activité à partir du 8 mars 2008, la maladie thyroïdienne et l'affection cardiaque n'étant pas ou plus invalidantes à cette date. Auparavant, la recourante a présenté une incapacité de travail de 100% du 5 mars 2005 au 4 février 2007, de 75% du 5 février au 15 août 2007 et de 100% de mi-août 2007 au 7 mars 2008. Le Tribunal observe que cette appréciation de la capacité de travail n'est pas contestée par la recourante, qui ne formule aucune critique à cet égard. De plus, l'appréciation du SMR concorde en substance avec la chronologie des incapacités de travail. En effet, la recourante, après avoir arrêté totalement de travailler suite à l'accident, a repris son ancienne activité à 25% le 5 février 2007. Elle a ensuite à nouveau été en arrêt de travail complet à partir de la mi-août 2007, en raison de son affection thyroïdienne. Le 14 avril 2008, elle a repris son ancien travail à 50%.

9. Il convient ainsi d'évaluer le degré d'invalidité.

a) En vertu de l'art. 28 LAI, en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (cf. art. 28a à partir du 1^{er} janvier 2008), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 2). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2bis ; art. 28a al. 2 depuis le 1^{er} janvier 2008). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2bis pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 2ter ; art. 28a al. 3 LAI depuis le 1^{er} janvier 2008).

L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

10. En l'espèce, il ressort du questionnaire pour l'employeur qu'avant l'accident du mois de mars 2005, la recourante travaillait à 90%, et ce depuis 1993, soit depuis plus que 10 ans. Rien dans le dossier ne permet de penser que la recourante aurait modifié cette répartition ni qu'elle aurait eu l'intention de travailler à 100%. Le Tribunal considère ainsi que le degré d'invalidité de la recourante doit être déterminé à l'aide de la méthode mixte et que sur le vu de la situation concrète du cas particulier, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement

des travaux habituels ont à juste titre été fixées à respectivement 90% et 10% par l'intimé dans la décision entreprise. Ce point n'est du reste pas contesté par la recourante.

11. a) En ce qui concerne le degré d'invalidité dans la sphère lucrative, il convient de procéder à 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; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 ; art. 28a al. 1 LAI depuis le 1^{er} janvier 2008).

b) 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). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 30 consid. 1). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 313 consid. 3a et les références).

12. a) En l'occurrence, selon les constatations médicales, la recourante dispose dans son ancienne activité de commise administrative aux HUG d'une capacité de travail de 50% à partir du 8 mars 2008, calculée sur la base d'un horaire à plein temps. Dans la mesure où en bonne santé elle aurait exercé cette même activité à un taux d'activité réduit à 90 %, l'incapacité de gain s'élève dans le cas présent à 44,4% pour la part consacrée à l'activité lucrative ($(90-50) \times 100 : 90$). Une comparaison en pour-cent apparaît en effet opportune dès lors que l'assurée est en mesure d'exercer son ancienne profession, à un taux d'activité réduit (cf. notamment Cf. 9C_87/08 du 9 octobre 2008 consid. 4).

b) Dans son recours, la recourante fait valoir que le salaire à 90% qu'elle aurait pu réaliser en 2008 en bonne santé était plus élevé que celui mentionné par

l'employeur dans un premier temps. En comparant ce revenu supérieur au revenu à 50% déterminé, lui, sur la base des revenus plus bas indiqués par les HUG dans un premier temps, son taux d'invalidité en 2008 aurait été selon elle de 50,75% et non pas de 44,4%. Ce raisonnement est erroné. En effet, dans la mesure où la recourante est en mesure d'exercer, et exerce d'ailleurs, l'ancienne activité à un taux d'activité réduit, le salaire d'invalidité n'est qu'un pourcentage du même salaire qu'elle aurait pu obtenir en bonne santé. Partant, si le salaire sans invalidité est plus élevé, le revenu d'invalidité l'est tout autant et dans les mêmes proportions, de sorte que le résultat demeure inchangé.

Il en va de même du calcul afférent à l'année 2007, lorsque la recourante présentait une capacité de travail de 25%. Le taux d'invalidité dans la sphère lucrative durant cette période était bien de 72,2% comme calculé par l'OCAI ($[(90-25) \times 100 : 90]$). Par conséquent, c'est également à tort que la recourante prétend que durant cette période son invalidité dans ce domaine se serait élevée à 75,15%.

c) Au vu de ce qui précède et compte tenu de l'amélioration de la capacité de travail à partir du 8 mars 2008, la recourante présente un degré d'invalidité de 44,4% dans la sphère lucrative à partir de cette date.

13. Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage au sens de l'art. 5 LAI, l'administration procède, conformément à l'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles.

En l'espèce, l'OCAI a renoncé à procéder à une telle enquête et a fixé le degré d'empêchement dans ce domaine sur la base du taux d'invalidité médicalement attesté, soit 50%. Bien qu'en principe, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique, il n'est en l'espèce pas nécessaire de renvoyer le dossier à l'OCAI pour qu'il mette en œuvre une enquête économique sur le ménage. En effet, en tout état de cause, le degré d'empêchement de la recourante dans le cadre de ses travaux habituels serait, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, inférieur à 100%, valeur nécessaire pour atteindre un taux d'invalidité globale de 50% permettant d'ouvrir droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité ($[0,9 \times 44,45] + [0,1 \times 100] = 50\%$).

Dans son recours, la recourante admet d'ailleurs le degré d'empêchement de 50% retenu par l'OCAI dans le domaine des travaux habituels et ne prétend nullement qu'elle serait totalement empêchée d'exercer une quelconque tâche ménagère.

14. Au bénéfice des explications qui précèdent, force est d'admettre que la recourante présente un taux d'invalidité globale de 45% ($[0,9 \times 44,45] + [0,1 \times 0,5]$), ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité. Compte tenu du délai de trois mois de l'art. 88a al. 1 RAI, la rente entière doit être remplacée par un quart de rente à compter du 1^{er} juin 2008, conformément à la décision de l'intimé.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
16. Un émolument de justice de 200 fr. est mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI-
RIZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le