

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4506/2008

ATAS/480/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 5 mai 2010

En la cause

Madame M _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Evelyne BOUCHAARA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : l'assurée), née en 1972, d'origine espagnole, est arrivée en Suisse en 1997. Elle s'est mariée la même année et est mère d'un enfant né en 2000. Au bénéfice d'une formation d'horticultrice dans son pays d'origine, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse.
2. En date du 19 avril 2002, elle a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'elle circulait au volant de son scooter, un véhicule roulant en sens inverse l'a percutée. Grièvement blessée, elle a été conduite aux urgences de l'hôpital cantonal universitaire de Genève (ci-après : les HUG). Une fracture simple de la malléole interne droite a été diagnostiquée.
3. Le même jour, elle a subi une ostéosynthèse par deux vis de la malléole interne. Elle a séjourné à la clinique d'orthopédie des HUG jusqu'au 23 avril 2002.
4. Le cas a été pris en charge par la ZURICH ASSURANCES en sa qualité d'assureur-accidents.
5. L'évolution postopératoire n'étant pas favorable, l'assurée a subi une seconde intervention chirurgicale le 7 avril 2003 à la Clinique de la Colline. La Dresse A_____, chirurgien orthopédique, a procédé à une résection partielle du tendon du tibia postérieur associée à une ostéotomie du calcanéum.
6. Vu la persistance de douleurs mécaniques importantes et continues, une nouvelle intervention chirurgicale a eu lieu le 27 février 2004. Le Dr B_____, du service de chirurgie orthopédique des HUG, a pratiqué un allongement de la colonne externe avec allogreffe, un abaissement de la colonne interne par arthrodèse naviculo-cunéiforme avec greffe le spongieuse, associée à une intervention selon Strayer. Le matériel d'ostéosynthèse a été retiré en août 2004 et en juin 2005.
7. Le 7 mars 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
8. À la demande de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : l'OCAI), elle a précisé, en date du 7 avril 2005, qu'avant l'accident du 19 avril 2002 elle ne réalisait aucun revenu dès lors qu'elle s'occupait de son ménage, de son fils et de l'entretien de la propriété, d'environ 4000 m², qu'elle possédait avec son époux.
9. Dans un rapport à l'OCAI daté du 14 avril 2005, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a exposé qu'il suivait l'assurée depuis le 2 décembre 2003. L'état de santé de sa patiente était stationnaire. Elle ne pouvait pas rester debout ni en position accroupie et son périmètre de marche était de 100 à 200 m. Elle devait éviter tout travail en hauteur ainsi que les

déplacements sur sol irrégulier ou en pente. L'assurée n'ayant pas d'activité lucrative, il n'y avait pas lieu de se prononcer sur la capacité de travail.

10. Le 31 août 2005, l'assurée a consulté le Professeur D_____, médecin-chef à l'Hôpital orthopédique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Dans son rapport à la ZURICH du 21 septembre 2005, ce médecin a signalé que la patiente présentait des séquelles subjectives très importantes de son traumatisme avec des phénomènes douloureux constants, présents jour et nuit sur un pied qui cliniquement était correctement axé et qui présentait des limitations fonctionnelles marquées. Différents traitements conservateurs avaient été entrepris sans réel succès. L'accident avait provoqué une lésion traumatique complexe du pied, dont le diagnostic complet n'avait pas été évoqué d'emblée. En l'état, au vu du status il n'y avait pas d'indication chirurgicale. Il fallait privilégier un traitement spécifique actif anti-douleurs. Vu l'intensité des phénomènes douloureux, un quelconque reclassement professionnel ne pouvait pas être envisagé. Il existait certainement une invalidité à la fois subjective et objective que l'on pouvait estimer de l'ordre de 10% à 20%.
11. En date du 30 juin 2006, le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée depuis le mois de mai 2003, a communiqué à l'OCAI une copie de l'évaluation médicale pluridisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, effectuée à la demande de l'assureur-accidents par la Clinique romande de réadaptation (CRR), l'assurée y ayant séjourné du 9 au 10 janvier 2006. Il exposait que depuis cette excellente évaluation médicale, la situation n'avait pas évolué. Il y avait en revanche une aggravation de l'état dépressif et le pronostic était incertain.

Selon le rapport de la CRR du 6 février 2006, établi par Dr F_____, chirurgien orthopédique et expert principal, l'assurée présentait sur le plan somatique une algodystrophie de Sudeck et des séquelles douloureuses neurogènes et nociceptives du pied droit, status après fracture malléolaire interne en avril 2002, traitée par réduction sanglante, et de status après plusieurs interventions chirurgicales. L'expertisée se plaignait du fait que les différentes interventions chirurgicales, loin d'améliorer la situation, semblaient l'avoir au contraire constamment aggravée. Elle avait consulté de nombreux spécialistes en rhumatologie et en orthopédie et elle avait également eu recours à des psychiatres et à des spécialistes de la douleur. En raison d'une décompensation psychiatrique, elle avait été hospitalisée en septembre 2005 à la Clinique de Valmont. Elle avait abandonné pour l'instant tout traitement antalgique et psychiatrique, et après s'être fait confectionner des supports plantaires, elle essayait de gérer la situation. Selon le Dr F_____, il était difficile d'expliquer l'importance du syndrome douloureux. En effet l'aspect clinique du pied droit était tout à fait satisfaisant à part une certaine voussure dans la région médio-tarsienne. Il n'y avait pas notamment de signe clinique d'algodystrophie floride telle qu'œdème ou discoloration. La dernière scintigraphie

d'octobre 2005 avait cependant montré une importante hypercaptation de la région tarsienne, compatible avec une algodystrophie osseuse encore floride et pouvant expliquer une partie du syndrome douloureux. En outre, comme l'avaient décrit les médecins du service de pharmacologie et de toxicologie clinique des HUG, en janvier 2005, il s'agissait certainement aussi de douleurs nociceptives et neurogènes du pied droit, susceptibles d'expliquer l'irradiation à tout le membre inférieur droit. Sur le plan thérapeutique, une nouvelle intervention chirurgicale paraissait contre-indiquée. Un traitement de l'algodystrophie résiduelle par de la Calcitonine en spray nasal était à conseiller dans cette situation. Ce traitement pouvait soulager la part des douleurs que l'on pouvait attribuer à la persistance d'une algodystrophie.

Sur le plan psychiatrique, la Dresse G_____ a diagnostiqué un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), chez une personnalité limite à traits narcissiques (F60.8), ainsi qu'un status après état de stress post-traumatique en 2002-2003 (F43.1). A la suite de l'accident, l'assurée avait suivi un traitement psychothérapeutique, d'abord intensif, avec une médication antidépressive pendant une bonne année, puis à raison d'une fois par mois avec occasionnellement des pauses. Une nouvelle pause thérapeutique avait été décidée à la fin de l'année 2005. Aucune proposition thérapeutique n'était formulée.

12. La Dresse H_____, psychiatre traitante, a exposé à l'OCAI, dans un rapport du 10 septembre 2006, que sa patiente souffrait d'un état dépressif récurrent, avec syndrome somatique, présent depuis 2002, et d'un trouble limite de la personnalité à traits narcissique, décompensé en 2002. Elle posait également le diagnostic de « status après stress post-traumatique 2002-2003 ». L'assurée l'avait consultée une première fois en 2001, pour un trouble de l'adaptation et l'avait revue en 2002 suite à l'accident de scooter. Elle présentait alors les symptômes d'un état de stress post-traumatique. En 2004, à la demande de l'orthopédiste, l'assurée avait à nouveau consulté pour un état dépressif en relation avec les douleurs intenses ressenties au niveau du pied. L'état de santé s'aggravait depuis l'accident. Des traitements antalgiques, sédatifs et antidépresseurs n'avaient pas amené une amélioration notable et surtout la patiente était très gênée par leurs effets secondaires. L'hypnothérapie semblait par contre avoir un effet positif sur la gestion des troubles du sommeil et de l'anxiété. La capacité de travail était nulle.
13. Dans un avis du 28 novembre 2006, le Dr I_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a observé, au sujet du rapport de la CRR de février 2006, que le traitement optimal de l'algodystrophie de Sudeck n'était pas en place (calcitonine) et que l'assurée avait abandonné le traitement d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. Par ailleurs, le syndrome somatique diagnostiqué par le psychiatre de la CRR n'était pas clairement identifiable. Enfin, une réévaluation après une année était suggérée par les médecins de la CRR. Dans ces conditions, il préconisait la mise en place d'une expertise, début 2007, pour évaluer la situation.

14. La CRR ayant refusé la mission d'expertise, l'OCAI a confié ce mandat au Centre d'expertise médicale (CEMED) de Nyon, en sa qualité de Centre d'observation médicale de l'assurance invalidité (COMAI). L'assurée a été examinée le 8 mars 2007 par la Dresse J_____, rhumatologue, et par le Dr K_____, psychiatre.

Dans leur rapport du 2 juillet 2007, les experts du CEMED ont diagnostiqué, sur le plan somatique, un trouble douloureux irréductible du pied droit après fracture malléolaire interne en 2002, rupture partielle du jambier antérieur traitée chirurgicalement et status post arthrodèse navilo-cunéiforme en 2004 et algodystrophie dans les suites.

L'examen clinique mettait en évidence des défauts d'axes qui n'étaient pas très importants. Il fallait cependant admettre des signes de souffrance résiduelle justifiant des limitations fonctionnelles. Des radiographies comparatives des deux pieds confirmaient les remaniements postopératoires habituels après arthrodèse. Il n'y avait pas de signe typique d'algodystrophie persistante. Il existait une certaine discordance entre l'important handicap annoncé par l'assurée, qui se disait soulagée de se déplacer en chaise roulante voire même envisageait l'amputation de son pied à terme, et ce status après fracture malléolaire interne initialement décrite comme simple, compliquée d'une lésion tendineuse partielle et d'un status chirurgical complexe après de très nombreux avis requis, ayant nécessité finalement une arthrodèse du médiotarse dans une position relativement physiologique. Il existait une fonction résiduelle de la cheville et de l'avant-pied, des signes d'utilisation chez une patiente qui, au moment de l'examen, ne montrait pas de boiterie manifeste ni de signe extérieur de souffrance. Le tableau clinique d'handicap sévère, de description dramatique, qui en découlait était en relation avec certains phénomènes d'amplification lesquels avaient sans doute été responsables de ces étapes chirurgicales multiples. Comme le décrivait le Professeur D_____, la morphologie du pied restait correcte, il n'y avait pas d'indications à une reprise chirurgicale. Il était inhabituel qu'un patient présente une situation post-traumatique relativement bénigne sur ce mode-là. Enfin, même s'il était souvent difficile d'identifier avec précision l'extinction d'une algodystrophie, à n'importe quel stade, le status clinique actuel n'évoquait plus une algodystrophie floride. Il n'y avait pas d'enraidissement, de rétraction capsuloligamentaire, d'œdème, d'altération trophique cutanée ou unguéale et le status était en corrélation avec la dernière scintigraphie et l'examen radiologique actuel.

Sur le plan psychique, l'assurée présentait une tendance à majorer des symptômes et souffrait également d'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Elle ne recevait plus de traitements antidépresseurs et ne bénéficiait plus de suivi psychothérapeutique par la Dresse H_____, ce qui militait contre une forme sévère de cette affection. Conformément à l'avis de la psychiatre traitante, il n'y avait pas d'éléments de syndrome de stress post-traumatique ni une modification

durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'assurée présentait une personnalité émotionnellement labile avec des traits narcissiques, ce qui correspondait à une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31). Ce trouble était de sévérité modérée et était responsable de limitations sociales avec une attitude de retrait en lien avec une blessure narcissique.

Les troubles somatiques observés entraînaient des limitations fonctionnelles. L'assurée devait éviter la station debout de longue durée et les déplacements répétitifs et prolongés, ainsi que les terrains instables et les vibrations. Il n'y avait en revanche pas de limitations psychiques ou mentales. Selon les experts, la capacité comme ménagère, mère d'un enfant en âge scolaire, avec un mari participatif, était de l'ordre de 70 %. Comme horticultrice travaillant à l'extérieur, la capacité de travail était nulle ; en revanche, comme employée de bureau, elle était entière.

15. Dans un avis du 22 août 2007, le Dr I _____ du SMR a observé que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis l'expertise de février 2006. On pouvait fixer la consolidation entre septembre 2006 et février 2007. Il y avait ainsi lieu de retenir une incapacité de travail entière du 19 avril 2002 au 7 mars 2007. À partir de mars 2007, l'assurée présentait une capacité de 70% comme ménagère, de 100 % comme employée de bureau et de 0 % comme horticultrice travaillant à l'extérieur.
16. Par courrier du 2 novembre 2007, la Dresse L _____ a écrit à l'OCAI pour insister sur le fait que sa patiente essayait actuellement de vivre avec sa douleur et de l'accepter le mieux possible. Les conséquences de ses douleurs chroniques, au point de vue familial, étaient importantes. Elle avait réduit sa prise médicamenteuse sur le plan antalgique et cherchait à garder une activité physique minimale afin de garder une musculature harmonieuse, gérer sa symptomatologie et éviter une atrophie.

Elle joignait à son courrier les pièces médicales en sa possession, notamment un rapport du Dr O _____, rhumatologue spécialiste du pied, du 15 mai 2007, un courrier du 7 mai 2007 du Dr P _____, chirurgien orthopédique et un rapport du 15 décembre 2006 du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG. Le Dr P _____ précisait que la patiente souffrait de pathologies très probablement mixtes, soit d'une part une composante mécanique de surcharge et, d'autre part, une composante neurogène liée encore à l'algodystrophie de Sudeck, qui semblait néanmoins de moins en moins active. Quant au Dr O _____, il précisait que l'examen scintigraphique ne correspondait pas à une algodystrophie encore active. Il s'agissait selon lui essentiellement d'un problème de douleurs chroniques après fracture-écrasement de la cheville et du pied droit. Les phénomènes de chronicisation et de sensibilisation centrale à la douleur prédominaient. Les activités en position debout (ménage et jardinage à domicile) n'étaient plus exigibles. Le rapport des HUG de décembre 2006, évoquait enfin une possible composante d'algoneurodystrophie au vu des

signes scintigraphiques et des discrets éléments cliniques constatés lors de l'examen. L'assurée avait ressenti un effet favorable du traitement de calcitonine.

17. Interpellé par l'OCAI, le Dr Q_____, du SMR, a exposé dans un avis du 17 décembre 2007 que les nouvelles pièces produites ne contenaient pas d'élément médical dont l'expertise du CEMED de mars 2007 n'avait pas tenu compte.
18. Le 7 mars 2008, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Celle-ci a déclaré à cette occasion qu'avant son accident elle était très active. Son mari avait hérité d'une très grande propriété et elle avait tout refait le jardin ; elle avait énormément travaillé pour planter des fleurs, refaire les serres. Elle récoltait des fruits et des légumes du potager et faisait des confitures. Maintenant elle ne pouvait plus s'occuper du potager et avait dû engager un jardinier pour assurer le minimum. Toutes les plantations étaient à l'abandon et les trois-quarts des plantes dans les serres étaient mortes. Il ne restait que quelques cactus. Elle avait une formation de photographe et avait suivi des cours d'horticulture. En bonne santé, elle avait le projet de faire des activités pour des enfants handicapés en tant que bénévole. La famille résidait dans une maison individuelle de six à sept chambres avec un jardin de 4000 m². Selon l'enquêtrice, le degré d'empêchement total dans la sphère ménagère conduisait à un degré d'invalidité de 41.25%, compte tenu de l'aide exigible du mari.
19. Dans une note du 22 avril 2008, l'OCAI a observé que le taux d'empêchement dans le domaine ménager retenu par l'enquête économique ne concordait pas exactement avec la capacité de travail comme ménagère fixée par les experts médicaux. Dans la mesure où le rapport d'enquête précisait l'importance du secteur d'activité en fonction de la situation particulière, que l'incapacité retenue dans l'activité d'entretien du jardin correspondait à celle fixée par les experts, et que l'aide exigible du conjoint avait été prise en compte, il n'y avait pas lieu de s'écarter de la fixation du taux d'invalidité retenue dans l'enquête sur place.
20. Par projet d'acceptation de rente du 22 avril 2008, l'OCAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière à compter du 19 avril 2003, suivie d'un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2007. Selon l'appréciation médicale du dossier, l'ensemble des troubles avait évolué favorablement si bien qu'à la date de l'examen médical mis en œuvre par l'OCAI (8 mars 2007), l'état de santé s'était amélioré de manière notable. Conformément à l'article 28 alinéa 2bis LAI, le taux d'invalidité avait été évalué en fonction de l'incapacité d'accomplir les travaux habituels. Or, d'après les conclusions de l'enquête économique sur le ménage, le taux d'invalidité se montait à 41 % et ouvrait le droit à un quart de rente. Enfin, dès lors que la demande de prestations avait été déposée tardivement selon l'article 48 LAI, en vigueur jusqu'aux 31 décembre 2007, le versement effectif de la rente prenait effet le 1er mars 2004.

21. Par décision du 5 novembre 2008, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière ordinaire de mars 2004 à juin 2007, et un quart de rente des le mois de juillet 2007.
22. Par acte du 8 décembre 2008, l'assurée, représentée par Me Mauro POGGIA, avocat, a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er juillet 2007. La recourante contestait la valeur probante des conclusions de l'expertise du CEMED et de l'enquête économique sur le ménage. L'expertise médicale ne prenait pas en considération toutes les plaintes exprimées, en particulier les douleurs neurogènes et nociceptives. Or, les autres avis médicaux démontraient que ces plaintes étaient objectivables de sorte que le rapport du CEMED écartait des éléments de l'anamnèse. De plus l'expertise médicale indiquait que l'assurée devait éviter la station debout prolongée alors qu'elle n'était pas du tout en mesure de rester debout, comme l'attestaient notamment le Dr C_____, le Dr E_____, la Dresse H_____ et le Dr O_____. Enfin l'expertise du CEMED était en contradiction avec celle de la CRR effectuée une année plus tôt. S'agissant de l'enquête économique, la recourante faisait remarquer que ce rapport ne permettait pas de déduire quelle était la part d'empêchement imputable à son état de santé respectivement quelle était la part qui pouvait être exigée de son mari. Par conséquent il apparaissait incontournable de devoir effectuer une évaluation complémentaire. A l'appui de son recours, la recourante produisait notamment un courrier du Dr O_____ à son conseil, du 31 octobre 2008, duquel il ressortait que la symptomatologie ne s'améliorait pas, les douleurs entraînant constamment une boiterie. La patiente marchait constamment avec une canne. Elle était toujours très handicapée dans ses activités quotidiennes. Le pronostic était plutôt sombre.
23. Par écriture complémentaire du 12 mars 2009, la recourante a produit un rapport de la Dresse R_____, psychiatre, du 15 décembre 2008, faisant état d'un état dépressif réactionnel à des douleurs et un bouleversement délétère de situation de vie brusque, ainsi que d'un état de stress post-traumatique en rémission. Elle a également produit un rapport d'ergothérapie, daté du 2 mars 2009, fixant à 85.6% l'incapacité de la recourante dans la tenue de ménage, en dehors de l'aide raisonnablement exigible de son mari, évaluée à 32 %.
24. Invité à répondre, l'OCAI, dans sa détermination du 24 avril 2009, a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise du CEMED remplissait les critères jurisprudentiels pour lui voir reconnaître pleine valeur probante. Les critiques émises par l'assurée concernaient du reste essentiellement la partie afférente à l'histoire médicale. S'agissant de l'enquête économique sur le ménage, l'intimé relevait qu'il s'agissait d'un moyen approprié et suffisant pour évaluer les empêchements dans ce domaine. En particulier, il apparaissait irréaliste de considérer, comme le faisait la recourante et la thérapeute mandatée par ses soins, que le jardinage représentait environ 50% de l'activité ménagère. Dans le détail, pour la conduite du ménage, qui relevait de l'intellect, aucun empêchement ne

pouvait être retenu, contrairement à l'allégation fantaisiste de 30%. Sur le point « alimentation », l'assurée prétendait qu'elle ne pouvait s'arrêter qu'à de très rares moments, ce qui était contraire à la réalité. En tant que femme au foyer, la recourante pouvait aménager son temps pour faire des pauses. Par ailleurs, elle disposait d'un tabouret haut et elle cuisinait assise. Enfin il y avait lieu de prendre en compte l'aide du mari. Par conséquent l'empêchement de 70% requis était totalement excessif. Compte tenu de l'aide du mari pour faire les courses, l'empêchement de 5% fixé apparaissait favorable à l'assurée. L'empêchement de 10% dans le domaine de l'entretien des vêtements apparaissait aussi tout à fait correct compte tenu notamment du fait que la recourante pouvait faire les machines, étendre le linge et même repasser en étant assise. C'était à tort qu'elle estimait que le CEMED avait admis un empêchement total dans le domaine du jardinage. En effet, l'expertise retenait une incapacité totale dans l'activité professionnelle d'horticultrice, qui ne pouvait pas être comparée à l'entretien du jardin dans le domaine privé. L'assurée pouvait du reste encore tondre le gazon et l'aide du mari devait aussi être prise en compte. Le taux d'empêchement de 70% retenu par l'enquêtrice paraissait tout à fait justifié. L'intimé se référait pour le surplus à un avis du SMR du 6 avril 2009, duquel il ressortait que les nouvelles pièces produites par la recourante n'étaient pas susceptibles de modifier l'appréciation médicale. En particulier, le rapport de la Dresse R_____ du 15 décembre 2008 ne se prononçait pas sur les répercussions de l'état dépressif réactionnel observé sur les activités de l'assurée, qui étaient essentiellement limitées pour des questions de douleurs. Ce rapport n'évoquait pas non plus une aggravation manifeste de l'état de santé psychique depuis mars 2007 ni une nouvelle atteinte.

25. Dans sa réplique du 22 juin 2009 la recourante a persisté dans les termes de son recours, tout en insistant sur la force probante du rapport de l'ergothérapeute produit par elle.
26. Invité à dupliquer, l'intimé a maintenu que l'enquête économique diligentée par ses soins devait être suivie, l'infirmière l'ayant réalisée étant accoutumée aux critères de l'assurance-invalidité.
27. En date du 2 septembre 2009, une audience d'enquêtes et de comparution personnelle des parties s'est tenue devant le Tribunal de céans.

Le mari de l'assurée, artiste peintre, a déclaré s'être marié en 1997 à Genève. Auparavant, le couple vivait à Barcelone, où l'épouse exerçait une activité lucrative en tant que secrétaire de direction à plein temps, par intermittence. Elle avait pris des cours d'horticulture qu'elle n'avait toutefois pas terminés. Avant l'accident, son épouse s'occupait de leur fils et du jardin de la maison, qui comptait environ 4'000 m2 et des bois. L'enfant n'était pas gardé par une tierce personne. Son épouse avait des projets, notamment d'accueillir des enfants handicapés à la journée pour leur faire partager sa passion de l'horticulture. Depuis le jour de l'accident, l'assurée

souffrait de douleurs constantes qui avaient nécessité la prise d'antalgiques puissants. Elle dormait très mal en raison des douleurs et était extrêmement fatiguée la journée. Elle était toujours suivie par un psychiatre. Il souscrivait entièrement au rapport de l'ergothérapeute qu'ils avaient mandaté. Chaque mouvement était un calvaire pour son épouse. Elle prenait encore des médicaments tous les jours, notamment des antidépresseurs et par moment des antalgiques. Elle essayait de ne pas prendre trop d'opiacés. Après l'accident, la recourante avait dû d'abord utiliser une chaise roulante, simple puis électrique, et ils avaient ensuite fait l'acquisition d'un Swiss-roller, il s'agit d'une trottinette électrique. Le pied endommagé était toujours posé de façon stable sur le placet. De la sorte elle pouvait accompagner leur fils à l'école et faire de petites promenades. Après l'accident, il avait dû réduire son temps de travail pour s'occuper de son fils ; il allait le chercher à l'école et faisait les devoirs. Il participait activement à toutes les tâches ménagères, ce qu'il faisait peu auparavant. La maison comptait 120 m² habitables. Il avait dû diminuer le nombre d'expositions. Avant l'accident, il avait un rythme d'environ 2 expositions par année. Actuellement, il faisait une exposition par année, voire tous les deux ans. Son chiffre d'affaires d'environ 50'000 à 60'000 fr. avant l'accident était passé à 18'000 fr. - 20'000 fr., eu égard également à la crise. Ils avaient dû faire appel à une femme de ménage, à raison de 2 à 3 fois par semaine, entre 3 et 4 heures chaque fois, et aussi à diverses entreprises de jardinage. Il avait dû aussi apporter une part d'aide importante dans le jardinage, tels que la taille des haies, le labourage, la récolte des fruits du verger.

La recourante a à son tour déclaré qu'elle souffrait de douleurs constantes durant la nuit. Le matin, au réveil, elle pouvait marcher mais pas longtemps. L'usage des cannes entraînait des douleurs cervicales. Elle essayait de marcher un peu. Elle ne pouvait plus porter de talons. Elle avait des douleurs affreuses au calcaneum et au talon lorsqu'elle conduisait. Elle faisait encore de la physiothérapie deux fois par semaine. La station debout n'était pas possible. Elle ne pouvait pas poser le pied à plat par terre. Elle fractionnait sa journée en petites tranches d'activités, pour pouvoir préparer le souper. A midi, elle devait s'allonger et étendre la jambe. Le soir, elle pouvait commencer à faire le souper, mais c'était son mari qui terminait et débarrassait la table. Après le souper, elle montait s'allonger. La nuit, son pied brûlait beaucoup, surtout le talon. Il n'y avait pas de gonflement. Les médecins envisageaient une arthrolyse totale, à savoir bloquer son pied afin de suspendre les douleurs. Le résultat n'était toutefois pas garanti. Son fils souffrait de troubles de l'attention, d'hyperactivité et de dyslexie. Ils savaient depuis longtemps qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Ils avaient vu divers spécialistes, le SMP, puis un neurologue. Les médecins voulaient lui prescrire des médicaments et ils avaient fini par accepter. Ces médicaments étaient administrés par le pédopsychiatre et le médecin traitant. L'enfant nécessitait beaucoup de patience. Ils avaient dû le mettre dans une école privée qui l'aidait beaucoup et le motivait.

La représentante de l'OCAI a précisé à son tour que le SMR avait pris connaissance des rapports médicaux et de l'ergothérapeute produits par la recourante. Il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du CEMED et de l'enquête économique.

Le mandataire de la recourante a précisé que la stabilisation de l'état de santé n'était pas contestée. C'était l'ampleur de la répercussion sur les activités actuelles qui était litigieuse. Le statut de ménagère à 100% n'était pas non plus contesté. En revanche, les conclusions de l'enquête économique sur le ménage étaient remises en cause. En effet, l'importance de l'activité de jardinière avait été sous-estimée de même que l'ampleur de l'incapacité à effectuer les différentes tâches. L'apport du dossier de la ZURICH ASSURANCES était demandé, étant précisé que la recourante était assurée seulement à l'assurance-accidents obligatoire pour les personnes non-actives.

28. Par ordonnance du 3 septembre 2009, le Tribunal de céans a ordonné l'apport du dossier de l'assurance-accidents, puis imparti un délai aux parties pour consulter ledit dossier et se déterminer.
29. Le 3 novembre 2009, la recourante a observé que le dossier médical de l'assureur-accidents contenait notamment un rapport du Dr S_____, médecin-conseil, du 26 mai 2008 et deux certificats médicaux intermédiaires, des Drs T_____, psychiatre, et Ani L_____, médecin traitant, de mars 2008. Ces nouvelles pièces allongeaient la liste des appréciations médicales et affaiblissaient encore davantage la valeur probante de l'expertise de l'OCAI. En particulier, le Dr T_____ faisait état d'un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique.
30. L'intimé a pour sa part exposé, par courrier du 4 novembre 2009, accompagné d'un avis du SMR du 2 novembre 2009, que le rapport du Dr S_____, du 26 mai 2008, confirmait les conclusions de l'OCAI. La capacité ménagère à l'intérieur évaluée par le Dr S_____ rejoignait celle du médecin de l'AI et atteignait 70%. Par ailleurs, si le travail en tant qu'horticultrice professionnelle n'était pas possible, l'entretien du domaine privé, permettant une gestion du temps de travail en fonction des besoins, permettait une capacité de travail de 40% à 50% étant entendue l'incapacité d'effectuer des travaux avec port de charges sur terrain irrégulier, l'utilisation d'une brouette ou le port de sacs lourds. La marche sur une distance de 500 mètres paraissait réalisable avec ou sans l'utilisation d'une canne et le recours à une trotinette électrique ne paraissait pas justifié. Quant au rapport du Dr T_____, du mois de mai 2008, il était antérieur à celui de la Dresse R_____ du 15 décembre 2008, ce qui permettait d'écarter une aggravation de la situation sur le plan psychique.
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. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur 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 décision litigieuse, du 5 novembre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et à celle, le 1er janvier 2008, relative aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Elle porte par ailleurs sur le droit à des prestations susceptibles de prendre naissance en mars 2004, la demande de prestations ayant été déposée en mars 2005. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi. Les dispositions de la 5^{ème} révision de la LAI ne seront prises en compte que dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Il convient d'ajouter que s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, la 5^{ème} révision de la LAI 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 avril 2002 et que la demande de prestations a été déposée en 2005, 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 la forme et délai prévus par la loi, 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} juillet 2007, singulièrement sur la détermination du taux d'invalidité dès cette date.
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 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008).

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).

d) 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.

6. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (cf. art. 28a à partir du 1er janvier 2008), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (méthode générale de comparaison des revenus). 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 (méthode spécifique : art. 28 al. 2bis jusqu'au 31 décembre 2007; art. 28a al. 2 depuis le 1er janvier 2008).

b) Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références). Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale, financière et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels (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).

7. En l'espèce, il y a lieu d'examiner en premier lieu si la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité est applicable. A cet égard, il convient d'observer que depuis son arrivée en Suisse en 1997, la recourante n'a jamais travaillé. Son fils est pourtant né trois ans plus tard, soit en 2000. Au moment de l'accident, en 2002, la recourante n'exerçait aucune activité lucrative. Selon les explications fournies, la recourante s'est occupée du domaine appartenant à la famille de son mari, que ce dernier a ensuite hérité en 2003, en particulier de son vaste jardin. A l'enquêtrice, la recourante a expliqué qu'avant l'accident, elle avait des projets dans le domaine du bénévolat, ce qu'a confirmé le mari en audience. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de considérer que la recourante, en bonne santé, n'aurait pas exercé une activité lucrative, compte tenu notamment de la situation familiale, financière et sociale de la famille. Ce point n'est du reste pas contesté par la recourante, son conseil ayant déclaré en audience que le statut de ménagère à 100% n'était pas litigieux.
8. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).
- b) Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

c) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

d) 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 351 consid. 3b/bb).

e) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un

effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (F_____, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

9. En l'espèce, il est constant et n'est pas contesté que la recourante, consécutivement à l'accident de scooter dont elle a été victime, a été dans l'incapacité totale d'accomplir une quelconque activité, en raison des troubles physiques - affections au pied droit blessé lors de l'accident - et psychiques observés - état de stress post-traumatique et état dépressif. Une rente entière a ainsi été octroyée par l'OCAI.

Une expertise pluridisciplinaire a ensuite été mise en place en vue d'établir les répercussions des atteintes à la santé observées sur la capacité de l'assurée de travailler et d'accomplir les travaux habituels, une fois l'état de santé stabilisé. Selon les médecins du CEMED, au moment de l'expertise, le 8 mars 2007, la recourante présente, sur le plan somatique, un trouble douloureux irréductible du pied droit, en relation avec les lésions au pied droit et les interventions effectuées, et, sur le plan psychique, un trouble dépressif récurrent en rémission, un phénomène d'amplifications des symptômes pour des raisons psychologiques et une personnalité émotionnellement labile de type borderline.

Pour les experts du CEMED, les atteintes somatiques observées entraînent les limitations fonctionnelles suivantes : éviter la station debout de longue durée, les déplacements répétitifs et prolongés, les terrains instables et les vibrations. Aucune limitation psychique ou mentale n'est en revanche retenue.

Dans le métier d'horticultrice professionnelle, la capacité de travail est considérée comme nulle. En revanche, comme ménagère, mère d'un enfant d'âge scolaire, avec un mari participatif, sa capacité est estimée à 70%. Les médecins du CEMED ont toutefois précisé que la répartition de ces différents secteurs d'activité avait été difficile à obtenir entre les activités au jardin et à l'intérieur de la maison. Enfin, dans une activité de bureau, la capacité de travail a été jugée entière.

10. En l'espèce, la recourante ne conteste pas que son état de santé était stabilisé au moment de l'expertise, en mars 2007. Elle estime toutefois que les conclusions des médecins du CEMED n'ont pas de valeur probante et sont contredites par les autres pièces médicales au dossier. En particulier, elle considère qu'elle souffre également de douleurs d'origine neurogène et nociceptive, qui n'ont pas été retenus par les experts, et qu'elle n'est pas du tout en mesure de tenir la station debout, contrairement à l'appréciation des experts.

Au sujet du diagnostic de douleurs d'origine neurogène et nociceptive, évoqué notamment par les médecins de la CRR dans leur évaluation du 6 février 2006 en relation avec l'algodystrophie (« Algodystrophie de Sudeck et séquelles douloureuses neurogènes et nociceptives »), il convient d'observer que l'origine des douleurs est en l'espèce sujette à discussion, le Dr S_____, chirurgien orthopédique et médecin conseil de la ZURICH ASSURANCES, dans son rapport du 26 mai 2008, s'étant exprimé en des termes dubitatifs à ce sujet (« douleurs d'origine probablement neurogène et de décharge »). S'agissant de l'algodystrophie, dont le diagnostic a été retenu par les médecins de la CRR en 2006, le Dr O_____, rhumatologue aux HUG, observait en date du 15 mai 2007 que l'examen scintigraphique ne montrait pas de signes d'une algodystrophie encore active, alors que le Dr S_____, une année plus tard, a confirmé le diagnostic d'algodystrophie chronique. Selon ce dernier médecin en effet, les interventions au niveau du pied, surtout si elles étaient multiples, pouvaient déclencher des complications de type algodystrophie et de douleur neurogène. En l'état, la question de savoir quelle est l'origine exacte des douleurs ressenties par la recourante n'est pas déterminant, dès lors qu'en tout état de cause, les médecins du CEMED ont admis l'existence d'un trouble douloureux irréductible du pied droit, consécutif aux lésions de l'accident et aux interventions chirurgicales qui ont suivi, objectivable et ayant des limitations fonctionnelles. Il est donc faux d'affirmer, comme le fait la recourante, que les experts ont écarté une partie de ses plaintes en relation avec les douleurs au pied droit.

S'agissant des limitations fonctionnelles, la recourante affirme dans son recours qu'elle ne peut pas rester en position debout. Elle conteste donc les conclusions des experts du CEMED qui considèrent que seule la station debout prolongée doit être évitée. A cet égard, il sied d'observer que les conclusions des experts du CEMED sont corroborées par celles du Dr S_____ (rapport à la ZURICH ASSURANCES du 26 mai 2008). Ce médecin a évalué à 70% la capacité globale

de ménagère de la recourante. Il a ensuite précisé que si dans l'activité d'horticultrice, la capacité de travail était nulle, dans l'entretien de son domaine, la capacité était évaluée à 40% - 50%, à condition que l'assurée dispose d'une bonne chaussure. Elle pouvait en effet gérer son temps de travail en fonction des besoins. Elle restait par contre incapable de faire des travaux avec des ports de charges sur le terrain irrégulier, l'utilisation d'une brouette ou le port de sacs lourds. Ce médecin a encore jugé que si la recourante n'était plus en mesure d'effectuer de longues marches, de plusieurs kilomètres ou plusieurs heures, la marche sur une distance de 500 mètres paraissait quand même réalisable, surtout avec de bons souliers. L'avis du Drs C_____ (rapport à l'OCAI du 13 mai 2005) selon lequel sa patiente ne pouvait pas tenir la station debout, n'est pas susceptible de remettre en cause l'appréciation du CEMED, dès lors qu'il a été émis bien antérieurement, à une époque où l'état de santé de la recourante n'était pas stabilisé, l'OCAI ayant reconnu, par l'octroi d'une rente entière, une incapacité totale dans tout domaine d'activité à cette époque. Il en va de même des avis du Dr E_____ (rapport à l'OCAI du 30 juin 2006), médecin traitant, et de la Dresse H_____ (rapport à l'OCAI du 14 septembre 2006), psychiatre traitante, émis antérieurement à l'expertise du CEMED. De plus, ces deux médecins traitants ont simplement affirmé, de manière non spécifique, que leur patiente était incapable de tenir son ménage voire d'effectuer ses tâches quotidiennes, sans préciser les limitations fonctionnelles concrètes, somatiques ou psychiatriques et leur étendue. S'agissant du Dr O_____, rhumatologue, il s'est borné à déclarer que dans le cadre d'une demande AI, on pouvait considérer que les activités en position debout (ménage et jardinage à domicile) n'étaient plus exigibles. Il s'agit d'un avis général, qui n'entre pas dans le détail des limitations fonctionnelles et qui ne permet pas de conclure que la station debout n'est plus du tout envisageable, comme le soutient la recourante. Enfin, l'expertise du CEMED n'est pas en contradiction avec l'évaluation de la CRR de février 2006, cette dernière ne se prononçant pas sur les répercussions des atteintes à la santé observées sur la capacité de travail ou sur celle d'effectuer les tâches habituelles, dès lors qu'elle avait été établie afin d'évaluer les possibilités thérapeutiques.

Sur le plan psychiatrique, les médecins du CEMED ont estimé que l'assurée ne présente pas de limitations fonctionnelles. En particulier, le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, n'est pas invalidant. L'avis du CEMED qui repose sur une appréciation psychiatrique complète et motivée, n'est pas remis en cause par les autres appréciations médicales. En particulier, le rapport du 15 décembre 2008 de la Dresse Raymonde R_____, psychiatre traitante, confirme le diagnostic d'état dépressif, qu'elle qualifie de réactionnel aux douleurs, sans en revanche se prononcer sur son intensité ou sa gravité. Quant à l'état de stress post-traumatique en rémission, également évoqué par la Dresse R_____, force est de constater que tant la Dresse H_____ que la Dresse G_____ de la CRR ont estimé qu'au moment de leur évaluation, en 2006, il n'y avait plus d'éléments

évocateurs de cette affection. Ainsi, force est de constater que le rapport de la Dresse R_____, qui ne se prononce pas sur l'impact des troubles observés sur la capacité d'accomplir les travaux habituels, n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du CEMED, ce d'autant moins qu'une aggravation de l'état de santé psychique depuis mars 2007 n'est pas invoquée. Quant au rapport du Dr T_____, psychiatre, du mois de mars 2008, il est antérieur à celui de la Dresse R_____ et ne permet pas non plus de retenir une aggravation de la situation.

Force est ainsi de constater que, conformément à l'appréciation médicale effectuée par les médecins du CEMED, la recourante présente un certain nombre de limitations fonctions somatiques et doit de ce fait éviter la station debout de longue durée, les déplacements répétitifs et prolongés, les terrains instables et les vibrations ; elle ne connaît aucune limitation psychique ou mentale dans le cadre de l'exécution des tâches ménagères.

11. a) La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02, déjà cité). Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il faut faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publié I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

b) Divers facteurs - analogues à ceux applicables pour déterminer la force probante de certificats médicaux (ATF 125 V 352 consid 3 a) - doivent être pris en considération pour juger de la valeur probante d'un rapport d'enquête. Il est ainsi essentiel que celui-ci ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude

dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

c) Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts non publiés du Tribunal fédéral 9C_108/2009, consid. 4.1 ; 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 218 de l'ATF 129 V 67 [arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002]), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3).

d) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publié I 308/04 ainsi que I 309/04 du 14 janvier

2005 et ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

12. En l'occurrence, pour fixer le degré d'invalidité dans le domaine ménager, l'administration s'est fondée sur les conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage effectuée le 7 mars 2008. L'invalidité subie par la recourante dans les diverses activités concernées y est établie comme suit :

Travaux	Pondération	Empêchement	Invalidité
Conduite du ménage	5 %	0 %	0%
Alimentation	20 %	30 %	6%
Entretien du logement	10 %	70 %	7%
Emplettes/courses diverses	5 %	5 %	0.25%
Lessive/Entretien vêtements	10 %	10 %	1%
Soins aux enfants	20 %	30 %	6%
Divers	30%	70 %	21%
	_____	_____	_____
Total	100 %		41.25 %

13. La recourante estime que la pondération des différents champs d'activité « est assez proche de la réalité » (recours, p. 13), bien qu'elle juge que de petits ajustement seraient nécessaires. En revanche, elle conteste l'appréciation de son incapacité d'effectuer les tâches en question.

Au sujet de la conduite du ménage (5%), elle estime son empêchement à 1/3, en raison des douleurs constantes (30% selon le rapport de l'ergothérapeute mandatée par la recourante). Dans la mesure où cette activité relève de l'intellect, il est correct de penser que la recourante ne rencontre aucun empêchement dans ce domaine. L'appréciation de l'enquêtrice apparaît fondée, ce d'autant plus que le mari peut apporter son aide dans ce domaine.

S'agissant du poste alimentation, la pondération à 20% apparaît correcte et n'est du reste pas contestée, vu la taille du ménage et le fait que seul le repas du soir est pris ensemble par toute la famille. L'empêchement de 30% retenu par l'enquêtrice

n'apparaît pas non plus critiquable. En effet, c'est le mari qui prépare le petit-déjeuner et à midi le couple mange des plats simples ou des repas surgelés, le fils déjeunant à la cantine de l'école (cf. enquête économique, p. 1). Pour le soir, la recourante prépare parfois le repas le matin, lorsqu'elle est plus en forme, puis le réchauffe, voire elle cuisine assise sur un tabouret haut. L'empêchement de 70% évoqué par le rapport d'ergothérapie du 2 mars 2009 apparaît dans ce contexte excessif, dès lors que selon les constatations médicales, la recourante est en mesure de tenir la station debout, bien que pas pour une longue durée et qu'elle peut cuisiner assise.

Pour l'entretien du logement, qui comporte des tâches lourdes physiquement (serpillière, nettoyage des sanitaires, etc.), l'enquêtrice a évalué à 70% le degré d'empêchement (pondération 10%). Cette appréciation, qui tient compte aussi de l'aide exigible du mari, ne prête pas le flanc à la critique, si l'on considère que la recourante est en mesure d'effectuer quelques tâches plus légères, comme faire les lits et la poussière ou ranger quelques objets. L'empêchement de 90% retenu par l'ergothérapeute mandatée par la recourante ne tient du reste pas compte de l'aide du mari.

Quant à la lessive et à l'entretien des vêtements, représentant 10% de l'ensemble des tâches ménagères, il ressort des constatations de l'enquêtrice que la recourante peut faire elle-même les machines et suspendre le linge. Elle est aussi en mesure de repasser un peu, en fractionnant le travail dès lors que la station debout prolongée est douloureuse. A cet égard, il est correct, comme l'affirme l'intimé, que le repassage peut aussi se faire en position assise. Ainsi, la recourante n'a besoin d'aide que pour ranger le linge. L'empêchement de 10% ne prête pas le flanc à la critique. A cet égard, l'évaluation de l'ergothérapeute mandatée par la recourante, qui évalue à 80% l'empêchement dans le domaine de la lessive et du repassage est contraire à l'évaluation médicale et aux constatations de fait. En effet, on comprend mal comment l'ergothérapeute peut d'une part admettre que la recourante est en mesure de faire la lessive, suspendre le linge et repasser un peu et retenir, d'autre part, un empêchement aussi important, quasi complet.

Pour les courses, qui peuvent d'ailleurs être regroupées, l'aide du mari est exigible. Selon les constatations de l'enquêtrice, la recourante est en mesure d'effectuer seule les petites emplettes et commande les vêtements sur Internet. Enfin, la recourante est en mesure de conduire (cf. PV de CP du 2 septembre 2009, p. 3). L'empêchement de 5% retenu n'est pas critiquable.

Le fils, âgé de 8 ans au moment de la décision litigieuse, est physiquement indépendant, notamment s'agissant de ce qui a trait à se nourrir, se laver ou se coucher. Il va du reste à l'école toute la journée. Les limitations fonctionnelles de la recourante ne l'empêchent pas de suivre son fils dans les devoirs, cette activité pouvant se faire assise. Elle est en revanche partiellement limitée dans

l'accompagnement aux activités extrascolaires et compte tenu de l'état douloureux et de fatigue, il lui est plus difficile de s'occuper de son fils, qui souffre au demeurant d'hyperactivité. Compte tenu de l'aide exigible du mari pour les devoirs et les loisirs, l'empêchement de 30% retenu par l'enquêtrice apparaît correct.

Enfin, s'agissant de l'entretien du jardin, l'enquêtrice a pondéré cette tâche à 30% et retenu un empêchement de 70%. S'agissant de la pondération, il y a lieu d'observer que ce poste est celui qui représente, pris isolément, la part la plus importante, aucune autre tâche ménagère n'étant pondérée à plus de 20%. Quant à l'empêchement retenu, force est de constater que contrairement à ce que soutient la recourante, les médecins du CEMED n'ont pas fait état d'une incapacité entière dans ce domaine. C'est bien plutôt dans l'activité d'horticultrice professionnelle que la recourante est totalement invalide. Or, dans l'entretien de son propre jardin, l'assurée peut aménager les tâches à sa guise, fractionner le travail, etc. Il n'y a pas d'exigences de rendement. Il convient à cet égard de relever que le Dr S_____ a fait état d'une capacité de travail de 40% à 50% dans cette activité. L'évaluation de l'enquêtrice apparaît ainsi généreuse.

Au total, l'enquête économique retient un empêchement global de 41.25% dans le domaine ménager. Le Tribunal observe à ce sujet qu'il n'y a aucun élément concret permettant d'établir que telle ou telle activité, tenue par l'enquêtrice pour raisonnablement exigible, ne le serait pas d'un point de vue médical (voir ci-dessus § 10). Bien au contraire, les conclusions de l'enquête économique paraissent plus favorables à la recourante que l'appréciation médicale de la capacité ménagère effectuée par le CEMED (taux d'empêchement global de 30%) et par le Dr S_____ qui a estimé aussi à 30% l'empêchement général dans le ménage, et à 50%-60% dans les travaux de jardinage (capacité de 70% dans le ménage à l'intérieur et de 40%-50% dans le jardinage). Quant à l'aide exigible du mari, il sied d'observer que les déclarations de ce dernier, selon lesquelles il aurait dû après l'accident réduire considérablement son activité, et travailler quasiment à mi-temps, pour aider son épouse dans les activités ménagères, peuvent s'expliquer dans le contexte des années immédiatement après l'accident, et pendant lesquelles la recourante était effectivement dans l'incapacité totale d'assumer son ménage et les soins à son fils. En revanche, compte tenu de l'appréciation médicale et des constatations de l'enquête économique, l'aide exigible du mari, à compter de mars 2007, demeure dans des limites acceptables, et ne justifie en aucun cas une réduction de son activité professionnelle de 50%. Il convient en effet de ne pas perdre de vue que la recourante est en mesure d'accomplir bon nombre de tâches ménagères durant la journée. Ainsi, l'aide du mari dans les courses, dans l'alimentation et dans les soins à l'enfant peut intervenir en dehors des heures de travail, le soir ou le week-end, ce d'autant plus que l'enfant est à l'école durant la journée. Il en est de même des travaux de jardinage.

La recourante ne peut, par ailleurs, rien déduire en sa faveur du fait qu'une incapacité totale lui a été reconnue dans l'activité professionnelle d'horticultrice. En effet, dans la tenue d'un jardin privé, il est possible de procéder à des adaptations de l'activité aux problèmes physiques, qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel. Les tâches peuvent d'ailleurs être fractionnées et l'on peut exiger d'un assuré, en vertu de son obligation de réduire le dommage, qu'il se procure les outils nécessaires pour mieux faire les tâches. L'usage par la recourante d'un tracteur-tondeuse constitue notamment un outil adapté.

14. Il résulte de ce qui précède que l'on ne saurait faire grief à l'OCAI de s'être fondé sur les résultats de l'enquête économique sur le ménage pour fixer le degré d'invalidité de la recourante. Dès lors que selon les constatations médicales, l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé au plus tard au moment de l'expertise du CEMED de mars 2007, c'est à juste titre que la rente entière a été remplacée par un quart de rente à compter du 1^{er} juillet 2007 (art. 88a al. 1 RAI).
15. En tous points mal fondé, le recours doit être rejeté.

**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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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