

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/871/2014

ATAS/1342/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître DE DARDEL Nils

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____1974, exerçant la profession de secrétaire à 75 % auprès de l'Université de Genève depuis février 2007, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI (ci-après : OAI) le 14 octobre 2009.
2. Dans un rapport du 24 octobre 2009 adressé à l'OAI, le Dr B_____ a indiqué que sa patiente avait chuté dans la rue, le 7 janvier 2009, sur une plaque de verglas et était tombée sur les fesses à droite, de sorte qu'elle avait subi une fracture longitudinale du sacrum à droite. Elle souffrait également de nombreuses sciatalgies droites augmentées par la station assise. Il a considéré qu'elle était incapable de travailler à 100 % dans son activité de secrétaire à compter du 22 janvier 2009, étant précisé qu'elle avait repris son travail à mi-temps le 3 septembre 2009, mais que cela avait été un échec en raison des douleurs lombaires basses et dans la fesse droite. Il dit enfin avoir adressé la patiente au docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

Celui-ci, dans un rapport du 4 novembre 2009, a retenu, à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, une discopathie L4-L5, mais aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il a relevé la persistance de lombosciatalgies, malgré les traitements médicamenteux. Il a confirmé l'incapacité de travail fixée par le Dr B_____ à 100 % compte tenu de la diminution de la motricité (ne peut rester en position assise), et d'un problème dépressif.

3. Un rapport d'évaluation a été établi le 20 novembre 2009 pour examiner le droit de l'assurée à des mesures d'ordre professionnel. Il a été constaté qu'il était encore trop tôt sur le plan médical, qu'il convenait en revanche d'étudier sa place de travail sur un plan ergonomique.
4. Mandaté par la NATIONALE SUISSE, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport d'expertise le 25 janvier 2010. Il a posé les diagnostics de contusion-fissuration de l'aileron sacré droit, d'anomalie de transition unilatérale droite L5-S1 avec pseudarthrose et protrusion discale L4-L5 et de lombalgies chroniques. Il a considéré que l'arrêt de travail était toujours justifié, mais n'était plus à charge de l'assurance-accidents depuis le statu quo sine, soit depuis le 7 juillet 2009, intervenu six mois après l'accident.
5. Le 1^{er} mars 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge dix cours individuels de Pilate du 7 mars au 11 avril 2010 à titre de mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation, et ce dans le cadre d'un contrat sur les objectifs à atteindre passé le 22 février 2010.
6. Par décision du 30 mars 2010, confirmée sur opposition le 18 novembre 2010, la NATIONALE SUISSE a informé l'assurée que sa responsabilité se limitait au 31 juillet 2009.

7. Dans son rapport du 6 avril 2010, le Dr E_____ a indiqué qu'au 16 mars 2010, la situation de l'assurée, sur le plan des douleurs, était sans amélioration significative depuis la prise en charge en janvier.

Au 30 mars 2010, la symptomatologie douloureuse au niveau du membre inférieur droit avait très fortement régressé, avec persistance des douleurs au niveau du sacrum. A cette date, l'évolution de l'assurée lui paraissait donc très nettement favorable. Il avait discuté, avec cette dernière, de la possibilité qu'elle reprenne ses activités professionnelles à 50% dès le 12 avril 2010.

8. Le 18 mai 2010, l'OAI a pris en charge plusieurs mesures d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation du poste de travail, ce dans le cadre d'un contrat sur les objectifs à atteindre passé le 18 mai 2010.

Il résulte d'une note d'entretien téléphonique datée du 21 mai 2010 que l'assurée a repris son travail à 50 % de son taux usuel horaire de 75% dès le 31 mai 2010.

L'intervention précoce est clôturée le 4 juin 2010.

9. Par courrier du 12 novembre 2010, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était toujours en arrêt de travail à la suite de son accident du 7 janvier 2009, expliquant que « j'ai essayé à plusieurs reprises de reprendre mon activité professionnelle, mais malheureusement, la recrudescence de mes douleurs m'a obligée à rester au repos, et ce malgré l'adaptation de mon poste de travail effectuée au mois de mai dernier ».

Le 23 novembre 2010, l'assurée a précisé qu'elle était à nouveau en arrêt de travail à 100 % depuis le 22 juillet 2010.

10. Un examen clinique rhumatologique a été réalisé par le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et médecin auprès du SMR, le 10 décembre 2010. Il a retenu des lombosciatalgies droites chroniques non déficitaires dans un contexte de status post-fracture longitudinale de l'aileron sacré droit traitée conservativement, dysfonction sacro-iliaques droite secondaire et de protrusion discale médiane en L4-L5, inflammation débutante des plateaux vertébraux, à titre de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de secrétaire depuis le 23 janvier 2009 et de 20 % depuis l'expertise du Dr D_____ du 11 novembre 2009, dans l'activité habituelle de secrétaire, dans une activité adaptée (pas de mouvements répétés de flexion-extension du rachis lombosacré, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de dix kilos, pas de position statique debout au-delà de trente minutes et assise au-delà d'une heure), et dans l'activité de ménagère.
11. Le 29 mars 2011, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, s'agissant tant de mesures professionnelles que de rente invalidité. Il a retenu les incapacités de travail suivantes :

- 100% du 22 janvier au 22 février 2009;

- 50% du 23 février au 19 mars 2009;
- 100% du 20 mars au 11 novembre 2009;
- 20% dès le 12 novembre 2009.

L'OAI a expliqué pour le surplus qu'afin de fixer le taux d'invalidité à l'échéance du délai de carence, soit le 22 janvier 2010, il avait calculé le taux moyen des incapacités de travail sur une année, soit de janvier 2009 à janvier 2010, et obtenu le résultat de 81%. Toutefois, à cette date, l'incapacité de travail était de 20%. De ce fait, l'assurée ne remplissait pas les conditions pour l'octroi d'une rente. Par ailleurs, dans la mesure où elle avait une exigibilité de 80% dans son activité habituelle de secrétaire et dans toute autre activité, des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables.

12. L'assurée, représentée par Me Pierre OCHSNER, a sollicité de l'OAI le 19 avril 2011 des explications quant à sa manière de calculer ses périodes d'incapacité de travail.
13. Par décision du 8 décembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision.
14. L'assurée, représentée par Me Nils DE DARDEL, a interjeté recours le 31 janvier 2012 contre ladite décision. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 22 janvier 2010. Elle a versé au dossier plusieurs rapports médicaux, dont celui du Dr G_____, médecin FMH psychiatrie et psychothérapie, du 1^{er} février 2012, selon lequel

« l'assurée souffre d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive et semble avoir pris « une certaine distance par rapport à la querulence. Cependant elle présente une anticipation anxieuse majeure qui hypothèque sévèrement la réussite d'une reprise d'activité dans le même lieu. En d'autres termes y a-t-il une contre-indication médicale à ce que *l'assurée* reprenne sur le même lieu de travail? Oui, l'acceptation de la composante psychologique, la reprise d'un suivi psychiatrique / psychothérapeutique sont des éléments positifs qui devraient permettre une évaluation dans un milieu de travail neutre (stage de 3 à 6 mois à 50% puis au taux contractuel). Si l'employeur entre en matière, les consultations chez le psychiatre traitant devront augmenter en fréquence associées à un suivi santé-travail de l'une de nos collaboratrices spécialisées »,

et celui de la Dresse H_____, médecin FMH psychiatrie et psychothérapie, du 21 mai 2012, laquelle estime la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée dès le 27 mars 2012. La Dresse H_____ a indiqué que « c'est la conjonction d'un syndrome douloureux durable et la dégradation des relations de travail qui a entraîné des difficultés psychologiques chez cette patiente, sous la forme d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F33.42). Toute autre pathologie psychiatrique a été exclue, y compris par le psychiatre- conseil de l'Etat, le Dr G_____ (cf. rapport du 26.03.2012).

(...).

En ce qui concerne son suivi psychiatrique, *l'assurée* s'est montrée collaborante et les entrevues ont rapidement amené une amélioration de l'humeur malgré la persistance du syndrome douloureux. Une approche MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) a aidé la patiente à moins subir sa situation d'employée désignée comme seule responsable de la dégradation des relations à son poste de travail (cf. rapport de la Dresse I_____ du 18.02.2011). Des infiltrations effectuées en 2009, 2010 et 2011 n'ayant pas amené d'amélioration cliniquement significative, une thérapie neurale a été proposée à *l'assurée* après évaluation de son cas à la Consultation Interdisciplinaire de la Douleur au Centre Médical de Meyrin (Dr J_____). Les séances de thérapie neurale ont partiellement modifié les douleurs avec résolution de douleurs sur le trajet sciatique à droite, sans autre amélioration. Il a été décidé avec la patiente qu'une reprise de travail à la capacité de 50% était désormais envisageable, mais que cette reprise ne pouvait pas se faire à son ancien poste de travail, au vu des éléments précités (cf. rapport du Dr G_____). La capacité de travail est de 50% depuis le 27 mars 2012 ».

15. Par arrêt du 29 avril 2013, la chambre de céans a attribué pleine valeur probante à l'expertise du Dr D_____, a considéré que l'avis du Dr F_____ du SMR n'était pas de nature à la remettre en cause, et a, partant, retenu que la capacité de travail de *l'assurée* était nulle le 11 novembre 2009. Elle a constaté que depuis, la première indication d'un changement dans l'état de santé apparaissait dans le rapport du 6 avril 2010 du Dr E_____, celui-ci envisageant que *l'assurée* reprenne son activité professionnelle à 50% de son taux usuel de 75% dès le 12 avril 2010. La chambre de céans a dès lors conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle dès le 12 avril 2010. Elle a par ailleurs relevé qu'aucune aggravation de l'état de santé n'était mentionnée dans le dossier depuis le rapport du Dr E_____. Elle a ensuite suivi les conclusions du Dr F_____ leur reconnaissant valeur probante en tant qu'elles portent sur la capacité de travail de *l'assurée* dans son activité habituelle à compter de l'examen, du 10 décembre 2010. Elle a ainsi considéré qu'à compter de cette date, *l'assurée* était capable de travailler dans son activité habituelle à 80%, jugeant que les rapports du Dr K_____, non daté, de la Dresse I_____ des 1^{er} et 18 février 2011, et du Dr L_____ du 16 février 2011 ne permettaient pas de conclure à une aggravation de l'état de santé depuis l'examen du Dr F_____. Elle a enfin écarté ceux du Dr G_____ du 1^{er} février 2012 et de la Dresse H_____ du 21 mai 2012, ces deux documents ayant été établis postérieurement à la décision litigieuse du 8 décembre 2011.

La chambre de céans s'est ensuite déterminée sur le statut à prendre en considération et a admis le statut mixte à concurrence de 75% pour la sphère professionnelle et de 25% pour la sphère ménagère. Elle a à ce stade constaté qu'aucune enquête ménagère n'avait été diligentée afin de déterminer l'empêchement effectif de *l'assurée* dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, raison pour laquelle elle a renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, nouveau calcul du degré d'invalidité et nouvelle décision.

16. Par courrier du 30 mai 2013, le mandataire de l'assurée a relevé que l'arrêt de la chambre de céans ne pouvait être attaqué par voie de recours par devant le Tribunal fédéral, dans la mesure où il ne s'agit pas d'une décision finale au sens de l'art. 90 LT. Il constate que la chambre de céans ne statue pas formellement sur le taux d'incapacité de travail dans le dispositif de l'arrêt. Il n'est par ailleurs pas indiqué clairement dans les considérants si les taux d'incapacité retenus concernent un travail à 100% ou à 80%. Il entend persister dans ces conditions à contester le rapport SMR du 10 décembre 2010, dans la mesure où « il est incompréhensible que la chambre ait considéré valable un rapport SMR qu'elle conteste par ailleurs en constatant que le SMR s'est fondé sur l'expertise du Dr D_____ qui concluait à une incapacité de 100% pour aboutir à une conclusion pratiquement inverse ». Il insiste ainsi sur le fait qu'une nouvelle évaluation de l'incapacité de travail doit être entreprise par une nouvelle expertise, laquelle ne devra en aucun cas être confiée au SMR.
17. L'OAI a déposé le 3 juin 2013 auprès du Tribunal fédéral un recours en matière de droit public contre l'arrêt du 29 avril 2013.

Invité par le Tribunal fédéral à se déterminer sur la tardiveté de son recours, l'OAI a toutefois déclaré le 27 juin 2013 qu'il renonçait à la procédure, de sorte que par ordonnance du 4 juillet 2013, le Tribunal fédéral a radié la cause du rôle par suite de retrait du recours.
18. Une enquête économique ménagère a été réalisée le 27 août 2013. Il en résulte que l'assurée a un statut de 75 % en qualité d'active et de 25 % en qualité de femme au foyer. Les empêchements dans la sphère ménagère sont de 53,75% durant les deux premières années qui ont suivi l'accident, puis de 28%. Il n'a pas été retenu d'exigibilité dans la sphère ménagère pour le fils - qui vient d'avoir 12 ans.
19. L'OAI a transmis le 16 septembre 2013 à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande de prestations AI est rejetée, au motif que son degré d'invalidité global est de 38 %. L'OAI a en effet constaté qu'au 14 avril 2010, date à laquelle un éventuel droit à la rente pourrait prendre naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, l'assurée présentait une capacité de travail de 50% quelle que soit l'activité envisagée. Le degré d'invalidité pour la part professionnelle est de 33,33%, compte tenu d'un revenu sans invalidité, dans son activité de secrétaire à 75%, de CHF 64'663.- et d'un revenu annuel avec invalidité, dans l'activité de secrétaire à 50 % de CHF 43'109.-. Considérant un empêchement à accomplir les travaux ménagers de 53,75%, le degré d'invalidité global est de 38%, soit un taux insuffisant pour justifier l'octroi d'un quart de rente.
20. Le 21 octobre 2013, l'assurée, représentée par son mandataire, a répété qu'en réalité, elle avait été constamment en incapacité de travail d'abord à 100 %, puis à 50 % depuis l'accident survenu le 7 janvier 2009. Selon elle, la décision de l'OAI repose sur une interprétation absurde et incompréhensible du rapport d'expertise du Dr D_____ du 19 janvier 2010, dans la mesure où, sur la base de cette expertise

selon laquelle elle présente une incapacité de travail à 100%, le SMR admet, quelques mois plus tard, une capacité de travail totale.

Elle persiste dès lors à faire valoir une incapacité de travail de 50 % au moins.

Elle a par ailleurs informé l'OAI qu'elle avait récemment consulté le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, lequel allait établir un rapport.

21. Il résulte d'une note de travail figurant au dossier de l'OAI, datée du 7 novembre 2013, que l'assurée s'est réinscrite à l'office cantonal de l'emploi en juillet 2012, effectue ses recherches d'emploi dans le domaine administratif et présente des certificats médicaux d'incapacité de travail à 50%.
22. Le 12 février 2014, le médecin du SMR, se déterminant sur les deux documents communiqués par l'assurée, à savoir une première convocation pour une consultation de la douleur et une seconde pour une IRM lombaire, a indiqué que ces éléments ne constituaient pas des éléments objectifs d'aggravation, de sorte que les conclusions du SMR étaient maintenues.
23. Par décision du 18 février 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision.
24. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a interjeté recours le 24 mars 2014 contre ladite décision. Elle relève que :

- le dispositif de l'arrêt ne statue pas sur le taux d'invalidité au 10 décembre 2013. Il n'a dès lors pas force de chose jugée.

- la chambre des assurances sociales commence par dire, à juste titre, que le rapport du médecin du SMR du 17 février 2011 reprend les constatations du rapport d'expertise du Dr D_____ du 19 janvier 2010, mais en tire des conclusions complètement différentes. En d'autres termes, elle considère que le médecin du SMR contredit l'évaluation du Dr D_____ (incapacité à 100 %) sans expliquer pour quelle raison et donc de manière arbitraire. Or, elle reconnaît par ailleurs une valeur probante au rapport SMR du 7 février 2011 et donc une évaluation à 80 % de sa capacité de travail. L'assurée ne comprend pas pour quelle raison l'arrêt du 29 avril 2013 apprécie le rapport du médecin du SMR de deux manières radicalement différentes dans le même arrêt.

Elle allègue que les troubles dont elle souffre sont restés inchangés depuis le début de l'année 2013 en tout cas ; ils justifient une incapacité de travail de 50% au moins, ainsi que la prise en considération d'une diminution de rendement. Aucune expertise sérieuse et concluante n'a été entreprise à cet égard. Elle conclut dès lors, préalablement, à ce qu'une expertise soit ordonnée afin d'établir les troubles dont elle souffre et son taux d'incapacité de travail, y compris sa réduction de rendement, et, principalement, à ce qu'il soit dit et prononcé qu'elle a droit à une rente d'invalidité de 100% dès le 22 janvier 2010 et de 50 % dès le 1er janvier 2013.

25. Les 26 mars et 14 avril 2014, elle a produit plusieurs documents médicaux.
26. Dans sa réponse du 16 avril 2014, l'OAI a rappelé que selon le dispositif de l'arrêt du 29 avril 2013, la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants, calcul du degré d'invalidité et nouvelle décision, de sorte que les motifs sont devenus parties intégrantes du dispositif et ont acquis force matérielle. Il ressort ainsi clairement des considérants de l'arrêt que la chambre de céans a retenu et conclu à une capacité de travail de l'assurée évoluant comme suit :
- 0 % du 22 janvier 2009 au 11 avril 2010 ;
 - 50 % du 12 avril 2010 au 9 décembre 2010 ;
 - 80 % du 10 décembre 2010 au 8 décembre 2011.

L'OAI considère qu'il a mis en œuvre le complément d'instruction requis par la chambre de céans, soit une enquête ménagère.

S'agissant du calcul du taux d'invalidité, il admet qu'une erreur s'est glissée dans sa décision, en ce sens qu'il a été tenu compte, à tort, d'une capacité de travail de 50% sur un 100%, au lieu d'une capacité de travail de 50% sur un 75%. Le taux d'invalidité global s'élève ainsi à 51% et ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité à l'assurée du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011.

Il se réfère pour le surplus à l'avis du SMR daté du 14 avril 2014, selon lequel les documents médicaux produits ne contiennent aucun élément parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

En conséquence, l'OAI conclut à l'admission partielle du recours et propose l'octroi d'une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 51% du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011.

27. Le 2 juin 2014, l'assurée a produit deux nouveaux rapports, du service de médecine nucléaire des HUG du 29 avril 2014, et du Dr M_____ des HUG du 14 mai 2014.
- Elle persiste intégralement dans les termes de son recours et conclut, préalablement à ce qu'une expertise soit ordonnée, et, principalement, à l'annulation de la décision du 18 février 2014 et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% dès le 22 janvier 2010 et de 50% dès le 1^{er} janvier 2013.
28. Le 18 juin 2014, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR du 16 juin 2014, a confirmé sa position.
29. Ce courrier a été transmis à l'assuré le 20 juin 2014, puis la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre

des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
4. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
5. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
6. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité dès le 22 janvier 2010 et à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2013, étant précisé que l'OAI a finalement admis le droit de l'assurée à une demi-rente du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011.
7. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si

celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

8. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (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 dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).
9. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des

travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

10. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

11. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des 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).

12. En présence de troubles d'ordre psychique, 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 (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).
13. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.
14. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).
15. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).
16. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V

283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

17. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
18. En l'espèce, l'OAI a retenu que l'assurée aurait, en bonne santé, exercé une activité lucrative à 75% et aurait partant consacré la part restante, de 25%, aux tâches ménagères, ce que l'assurée ne conteste pas et qui a été confirmé par la chambre de céans dans son arrêt du 29 avril 2013. C'est dès lors à bon droit que l'OAI a fait application de la méthode mixte pour évaluer son invalidité.
19. Il s'agit à ce stade de déterminer quelle est la capacité de travail de l'assurée.

Dans son arrêt du 29 avril 2013, au considérant 11 let. e, la chambre de céans a conclu que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle avait évolué, « sur la base de ce qui précède », comme suit :

- 0% du 22 janvier 2009 au 11 avril 2010 ;
- 50 % du 12 avril 2010 au 9 décembre 2010 ;
- 80 % du 10 décembre 2010 au 8 décembre 2011,

étant précisé qu'elle a au préalable considéré qu'une expertise s'avérait superflue, par appréciation anticipée des preuves.

Dans le dispositif de l'arrêt, elle a renvoyé la cause à l'OAI « pour instruction complémentaire au sens des considérants, calcul du degré d'invalidité et nouvelle décision ».

Il y a lieu de constater que cet arrêt est entré en force de chose jugée, le TF ayant radié la cause de son rôle suite au retrait du recours, étant rappelé que l'autorité de la chose décidée ou jugée s'étend également aux motifs lorsque le dispositif y renvoie expressément et qu'ils se rapportent à la question litigieuse, ce qui est précisément le cas en l'espèce (Blaise KNAPP, Précis de droit administratif, quatrième édition, 1991, n° 1131, pp. 250 et 251 ; ATF 113 V 159/60).

Il convient toutefois d'ajouter qu'en tant qu'il renvoie la cause à l'administration pour complément d'instruction, un jugement constitue une décision incidente au sens de l'art. 93 LTF (ATF 133 V 477 consid. 4.2 p. 481). Le recours contre une telle décision n'est recevable que si celle-ci peut causer un préjudice irréparable (al.

1 let. a) ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (al. 1 let. b). Si le recours n'est pas recevable au regard de ces conditions ou s'il n'a pas été utilisé, la décision incidente peut être attaquée par un recours contre la décision finale dans la mesure où elle influe sur le contenu de celle-ci (al. 3).

Un préjudice irréparable au sens de l'art. 93 al. 1 let. a LTF est un dommage de nature juridique qui ne peut pas être réparé ultérieurement par un jugement final ou une autre décision favorable au recourant (ATF 133 IV 139 consid. 4 p. 141, 288 consid. 3.1 p. 291). En revanche, un dommage de pur fait, comme la prolongation de la procédure ou un accroissement des frais de celle-ci, n'est pas considéré comme irréparable (ATF 131 I 57 consid. 1 p. 59 et les arrêts cités). Les décisions relatives à l'administration des preuves ne sont en principe pas de nature à causer aux intéressés un dommage juridique irréparable (ATF 133 V 477 consid. 5.2 p. 483), qu'il s'agisse de décisions refusant ou, comme en l'espèce, ordonnant la mise en oeuvre d'un moyen de preuve déterminé. En particulier, le fait que la décision de renvoi procéderait d'une constatation manifestement inexacte ou incomplète des faits pertinents - question que le Tribunal fédéral n'examine qu'avec retenue - ne saurait être constitutif d'un dommage qui ne pourrait plus être réparé en cours de procédure (arrêt 9C_446/2007 du 5 décembre 2007 consid. 2).

L'ouverture du recours, prévue pour des motifs d'économie de procédure (art. 93 al. 1 let. b LTF), contre une décision incidente constitue une exception et doit être interprétée de manière restrictive, d'autant plus que les parties ne subissent aucun préjudice lorsqu'elles n'attaquent pas immédiatement de telles décisions, qu'elles peuvent contester en même temps que la décision finale (art. 93 al. 3 LTF). Le Tribunal fédéral examine librement le point de savoir si l'admission du recours permettrait d'éviter une procédure d'administration des preuves longue et coûteuse. Il appartient cependant au recourant d'établir que cette condition est réalisée, si celle-ci n'est pas manifeste; il doit en particulier indiquer de manière détaillée quelles questions de fait sont encore litigieuses, quelles preuves - déjà offertes ou requises - devraient encore être administrées et en quoi celles-ci entraîneraient une procédure probatoire longue et coûteuse (ATF 133 IV 288 consid. 3.2 p. 292). En particulier, le Tribunal fédéral a précisé que le renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision ne se confondait en principe pas avec une procédure probatoire prenant un temps considérable et exigeant des frais importants (arrêt 9C_446/2007 du 5 décembre 2007 consid. 3 ; ATF 9C_976/2011).

Il n'appartient quoi qu'il en soit pas à la chambre de céans de déterminer, dans le cadre du présent litige, si le TF serait ou non entré en matière sur le recours qui aurait été par hypothèse déposé contre l'arrêt du 29 avril 2013.

Elle n'a au surplus pas à revenir sur les raisonnements qu'elle a tenus dans son arrêt du 29 avril 2013 pour établir l'évolution des taux d'incapacité de travail de l'assurée. Elle se bornera à rappeler qu'elle a dûment expliqué pour quelles raisons elle n'avait pas suivi les conclusions du Dr F_____ du 10 décembre 2010 en tant

que celles-ci se rapportaient à l'appréciation rétroactive de la capacité de travail de l'assurée, mais leur avait reconnu valeur probante s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail à compter du 10 décembre 2010.

C'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les taux auxquels avait conclu la chambre de céans pour procéder au calcul du degré d'invalidité s'agissant de la part professionnelle.

20. Reste à examiner si les documents médicaux produits par l'assurée dans le cadre de la procédure faisant suite à l'arrêt du 29 avril 2013 sont de nature à les modifier, soit le rapport du Dr G_____ du 1^{er} février 2012, et celui de la Dresse H_____ du 21 mai 2012.

Tel n'est pas le cas en l'occurrence, ces deux médecins faisant essentiellement état d'un trouble dû à un conflit au travail.

D'autres documents ont encore été produits par l'assurée, soit une IRM de la colonne lombaire du 6 septembre 2013, une radiographie EOS du rachis totale du 29 octobre 2013, un rapport de consultation du Dr M_____ (chirurgie orthopédique HUG) du 16 décembre 2013 adressée au Dr N_____ (anesthésie HUG) et un rapport de celui-ci daté du 7 janvier 2014.

Il y a lieu de relever à cet égard, à l'instar du SMR dans son avis du 12 février 2014 du reste, que les symptômes dont se plaint l'assurée n'ont quasiment pas changé depuis plusieurs années.

Un rapport d'une scintigraphie osseuse du 28 avril 2014 et un courrier du Dr M_____ du 14 mai 2014 adressé au Dr O_____, ont enfin été versés au dossier.

Il en ressort que l'état de santé de l'assurée continue de s'améliorer.

Force est ainsi de constater que ces nouveaux documents n'apportent pas d'élément médical suffisant pour prendre en considération des taux de capacité de travail autres que ceux retenus par la chambre de céans dans son arrêt du 29 avril 2013.

21. L'OAI a, en application de l'arrêt du 29 avril 2013, diligenté une enquête ménagère. Selon cette enquête réalisée le 27 août 2013 au domicile de l'assurée, celle-ci présente une incapacité à accomplir les tâches ménagères de 53,75% durant les deux premières années qui ont suivi l'accident, puis de 28%. L'enquêtrice a à cet égard expliqué qu'« une amie lui a donné un coup de main pour son fils il y a quelques temps, sinon l'assurée n'a pas de famille/proches sur lesquels se décharger. (...) Les empêchements dans la sphère ménagère sont élevés durant les deux premières années qui suivirent son accident, 53,75%. Ensuite, l'assurée a des empêchements plus modérés, 28% ».

Il y a à cet égard lieu de rappeler qu'en principe, 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. Or, en l'espèce, rien ne permet de dire

que l'évaluation faite par l'enquêtrice serait erronée. Il convient au demeurant de relever qu'aucune exigibilité n'a été retenue pour une tierce personne.

Il se justifie dès lors de confirmer les empêchements établis lors de l'enquête du 27 août 2013, soit celui de 53,75% de janvier 2009 à janvier 2011, puis celui de 28%.

22. Le degré d'invalidité pour la part professionnelle a à juste titre été corrigé par l'OAI dans ses écritures du 16 avril 2014, en ce sens qu'il a dorénavant tenu compte d'une incapacité de travail de 50% sur un 75% et d'un revenu avec invalidité de CHF 32'332.- (au lieu de CHF 43'109.-), de sorte que la perte de gain est de 50%.
23. Le taux d'invalidité doit, au vu de ce qui précède, être calculé sur la base d'un taux d'invalidité de 50% s'agissant de la part professionnelle et d'un taux d'empêchement à accomplir les tâches ménagères de 12%, ce qui donne un degré d'invalidité de 51%, ouvrant le droit à une demi-rente du 1^{er} avril 2010 (soit six mois après le 14 octobre 2009, date à laquelle l'assurée a déposé sa demande de prestations AI : art. 29 LAI) au 31 mars 2011 (soit trois mois après le 9 décembre 2010, date jusqu'à laquelle elle présentait une incapacité de travail de 50% : art. 88a RAI).

Aussi le recours est-il partiellement admis.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 500.-, à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
5. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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