

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/909/2007

ATAS/655/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 29 mai 2008**

En la cause

Madame F\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître VATERLAUS Doris

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Olivier LEVY et Christine KOEPEL, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame F\_\_\_\_\_, a vécu au Portugal jusqu'en 1995. Elle y a suivi sa scolarité et y travaillé comme caissière. A son arrivée en Suisse en 1995, elle pesait déjà 100 kg. Elle a ensuite pris régulièrement du poids malgré un contrôle de son alimentation. En 2004, son poids s'établissait à 174 kg pour une taille de 1,47 m. Elle a alors commencé à souffrir de lombalgies. Le Dr L\_\_\_\_\_ a conclu à des troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire sous forme d'une discarthrose étagée.
2. De janvier 2001 à décembre 2004, l'assurée a travaillé comme nettoyeuse auprès de X\_\_\_\_\_ SA à Genève, à raison de vingt-cinq heures par semaine. Cet employeur a indiqué que le contrat de travail avait pris fin suite à l'arrêt maladie de son employée, laquelle avait été rémunérée 18 fr. 50 de l'heure depuis 2001. En 2002, son salaire s'était ainsi élevé à 22'931 fr.
3. Le 18 novembre 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OCAI) visant à l'obtention d'une orientation professionnelle ou d'une rente.

Son médecin-traitant, la Dresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué dans un rapport daté du 6 décembre 2004 que sa patiente souffrait depuis environ dix ans d'obésité morbide très sévère, de troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire et d'elephantiasis bilatéral avec troubles de la marche. Elle a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une hypertension artérielle et un syndrome d'apnées du sommeil.

Le médecin a conclu à une incapacité totale de travail à compter du 28 mars 2003, expliquant qu'il est impossible à l'assurée de rester assise ou debout longtemps.

Il a encore été précisé qu'après avoir subi un By-pass gastrique au mois de juillet 2004, l'assurée avait perdu près de 27 kilos, ce qui avait entraîné une légère amélioration des symptômes.

4. Dans un rapport daté du 15 janvier 2005, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a posé les diagnostics d'obésité morbide, de syndrome d'apnées du sommeil avec hypoventilation alvéolaire sur obésité, d'elephantiasis verrucoas et de gonarthrose bilatérale. Il y a ajouté ceux d'hypertension artérielle et de By-pass gastrique posé en juillet 2004, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

Le médecin a estimé cette capacité de travail à 0% à compter de 2002, bien que depuis le By-pass en juillet 2004, l'assurée ait perdu environ quarante kilos, ce qui

avait entraîné une diminution de la dyspnée à l'effort, ainsi que du nombre de désaturations nocturnes.

5. Dans un rapport du 14 septembre 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait désormais perdu cinquante kilos, ce qui lui avait permis d'améliorer sa marche et sa dyspnée d'effort, mais que l'obésité était toujours présente puisqu'elle pesait toujours près de 120 kg, ce qui rendait tout travail soutenu impossible. Elle a conclu à une incapacité totale de travail dans le poste de caissière, ainsi que dans toute autre activité, en précisant que l'assurée ne pouvait rester longtemps debout ni marcher.
6. Le Dr O\_\_\_\_\_, chef de clinique aux HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a indiqué en date du 15 décembre 2005 que l'assurée était toujours en incapacité de travail, même si son état s'améliorait pour les gestes de la vie quotidienne. Il a précisé que la patiente souffrait de gonalgies post-traumatiques, de lombosciatalgies sur troubles dégénératifs de la colonne lombaire, ainsi que d'une obésité morbide multi-compiquée pour laquelle elle avait bénéficié d'un By-pass.

La perte pondérale avait certes entraîné une amélioration du syndrome d'apnées du sommeil et du syndrome d'hypoventilation ainsi que de la tension artérielle mais l'amélioration de la mobilité globale restait toutefois limitée par un tablier adipeux abdominal encombrant et par des lombosciatalgies et des gonalgies persistantes, lesquels entraînaient une difficulté à se mouvoir dans les gestes quotidiens. En effet, au 22 juin 2005, l'assurée pesait encore 135 kg et présentait un important tablier abdominal, ainsi qu'une excroissance crurale volumineuse. Le médecin a indiqué qu'une reprise du travail semblait compromise, compte tenu des lombosciatalgies et des gonalgies antécédents à la prise de poids.

7. Un mandat d'expertise a été confié par l'OCAI au Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Ce dernier a rendu son rapport en date du 3 mai 2006.

Il a retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites irritatives et déficitaires du point de vue sensitif, de cervico-brachialgies droites, de gonalgies bilatérales, de troubles dégénératifs modérés du rachis cervical et importants du rachis lombaire, de gonarthrose tricompartmentale, d'obésité et d'hypertension artérielle.

Du point de vue rhumatologique, le médecin a estimé la capacité de travail de l'assurée à 0% dans son activité antérieure de femme de ménage. Il a en revanche considéré que dans une activité professionnelle légère, permettant l'alternance des positions assise et debout, excluant le port de charges de plus de quinze kilos, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée, les travaux accroupis ainsi que la montée et la descente d'escaliers de façon répétitive, l'assurée pourrait encore travailler à 50% en tenant compte de la diminution de rendement. Il

a ajouté qu'il fallait cependant additionner de multiples atteintes à la santé de la médecine interne, soit un syndrome d'apnée du sommeil et de l'hypoventilation nocturne, une obésité morbide et peut-être un état dépressif.

Le Dr P\_\_\_\_\_ a réservé son pronostic aux motifs que la patiente présentait des troubles dégénératifs sévères du squelette axial et périphérique incompatibles avec la reprise de l'activité professionnelle antérieure, que malgré la perte de poids, il persistait une obésité morbide, et qu'elle souffrait par ailleurs de troubles dégénératifs rachidiens importants et d'une gonarthrose qui ne pouvait être améliorée localement.

8. Dans un rapport du 9 mai 2006, le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FHM en médecine interne et médecin de dossiers au service médical régional AI (SMR), a tiré la conclusion de ces rapports que si la capacité de travail de l'assurée avait bien été nulle pendant un temps compte tenu d'une part, du syndrome d'apnées du sommeil non appareillé, impliquant une fatigue et d'autre part, de la difficulté à la marche, conséquence de l'obésité, il fallait admettre qu'il était désormais raisonnable de considérer qu'à compter du moment où avait eu lieu l'expertise rhumatologique, ces deux problèmes avaient été résolus de sorte que l'on ne puisse admettre une invalidité secondaire à la polyarthrose prédominante au genou et à la colonne lombaire qu'à hauteur de 50%. Le médecin du SMR a estimé que l'activité de caissière serait adaptée à l'état de l'assurée.
9. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée en date du 14 juin 2006, qui a conclu à un empêchement de 37,5%.
10. Par décision du 7 novembre 2006, l'OCAI a octroyé à l'assurée à une rente d'invalidité entière basée sur un degré d'invalidité de 75% du 1er mars 2004 au 31 août 2006. L'OCAI a en effet considéré qu'à compter du 3 mai 2006, l'état de l'assurée s'était amélioré au point de lui permettre de reprendre une activité adaptée de caissière à hauteur de 50%.

L'OCAI a constaté que l'assurée avait auparavant consacré 60% de son temps à l'exercice d'une activité lucrative de nettoyeuse et 40% à ses tâches ménagères. A compter du 1<sup>er</sup> mars 2003, il a estimé que l'assurée avait été dans l'incapacité totale d'exercer son activité de nettoyeuse - ce qui avait engendré pour cette part un degré d'invalidité de 60% - et empêchée à 38% d'effectuer ses tâches ménagères - ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 15% pour la part ménagère (38% de 40%) et à un degré d'invalidité global de 75%.

Pour la période postérieure, l'OCAI s'est référé à l'avis du SMR et a considéré que même si l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle de nettoyeuse à 60%, elle aurait pu reprendre à 50% une activité de caissière, par exemple, activité dans laquelle elle disposait déjà d'une expérience professionnelle. Pour évaluer l'invalidité dans la sphère professionnelle à compter du 3 mai 2006, l'OCAI a donc

comparé le salaire que l'assurée aurait obtenu dans son activité habituelle de nettoyeuse (23'796 fr.) à celui auquel elle aurait encore pu prétendre comme caissière à 50%, en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 20% (19'238 fr.). Cela l'a conduit à admettre un degré d'invalidité de 20% dans la sphère professionnelle qui, ajouté au degré d'invalidité de 15% dans la sphère ménagère, a conduit à un degré d'invalidité global de 27% ne permettant pas le maintien de la rente allouée jusqu'alors (pce 52 OCAI).

L'OCAI a ajouté qu'une observation professionnelle était inutile dans la mesure où l'activité adaptée retenue avait déjà été exercée par le passé par l'assurée.

11. Entre-temps, suite à une demande d'allocation pour impotence déposée par l'assurée, une enquête a eu lieu à son domicile en date du 19 octobre 2006, qui a révélé qu'elle avait eu besoin d'aide pour au moins quatre actes ordinaires de la vie jusqu'en octobre 2005, date à laquelle elle avait été opérée de son elephantiasis. L'enquêtrice a proposé de mettre l'assurée au bénéfice d'une allocation pour impotence de degré moyen depuis juin 2005 et d'une allocation pour impotence de degré faible depuis février 2006.
12. Dans une note datée du 14 novembre 2006, la gestionnaire de l'OCAI en charge du dossier de l'assurée a fait remarquer qu'il était pour le moins contradictoire de considérer d'une part que l'assurée avait besoin d'aide pour se déplacer à l'extérieur, d'autre part qu'elle pouvait travailler comme caissière à 50%. Ce à quoi le Dr Q\_\_\_\_\_ a répondu en date du 12 décembre 2006 que le Dr M\_\_\_\_\_ avait certes indiqué dans son rapport du 4 janvier 2005 que sa patiente était dans l'impossibilité de prendre les transports publics, mais qu'elle avait aussi noté dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2005 une amélioration de la marche suite à l'intervention chirurgicale pratiquée sur les cuisses de l'assurée. Le Dr Q\_\_\_\_\_ s'est également référé à l'expertise rhumatologique dont il a retenu que l'assurée était capable de marcher dix à quinze minutes avec une canne. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a choisi de se baser sur l'avis de l'expert rhumatologue et a conclu que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle se déplace à l'extérieur et prenne le bus.
13. Par courrier du 7 mars 2007, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 7 novembre 2006 en concluant à la mise sur pied d'une observation professionnelle en atelier protégé et de mesures de réadaptation professionnelle, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière.

L'assurée fait valoir en premier lieu que la décision qui lui a été adressée directement en novembre 2006 ne l'a pas été à son conseil. Ce n'est qu'en date du 2 février 2007, lorsque ce dernier s'est enquis auprès de l'OCAI de la suite de la procédure qu'il a appris qu'une décision motivée avait été adressée à sa mandante au courant du mois de novembre 2006. La décision n'a été valablement notifiée au conseil de l'assurée qu'en date du 5 février 2007

Quant au fond, la recourante conteste le salaire sans invalidité pris en compte par l'OCAI. Elle allègue que son ex-employeur s'est engagé par le biais de la convention collective de travail genevoise à verser à ses employés travaillant plus de 22 heures par semaine un treizième salaire dès la quatrième année de service et que, par ailleurs, le salaire retenu par l'OCAI ne tient pas non plus compte des engagements d'augmentation de salaire pris par son employeur. Selon elle, en 2004, son salaire aurait été de 26'034 fr. (25 x 18,50 x 4,33 x 13). En y appliquant l'indexation des salaires réels, on arrive à un montant de 26'112 fr. en 2005 (pièces 32 et 33).

Quant à l'évaluation de son salaire après invalidité, la recourante fait valoir qu'elle cumule plusieurs des limitations énumérées par la jurisprudence (l'âge, la nationalité et le taux d'occupation), que de plus son physique la handicape fortement pour trouver un employeur près à l'engager et ceci, même si elle peut bénéficier d'une aide au placement. Elle estime qu'il serait donc justifié d'appliquer une réduction de 25%.

Elle reproche également à l'OCAI de n'avoir pas tenu de la diminution de son rendement alors que tous ses médecins attestent qu'elle doit fréquemment changer de position, ce qui "prend du temps". Elle ajoute que si elle doit se rendre aux toilettes durant son travail cela réduira forcément son rendement dans la mesure où elle a besoin de l'aide d'une tierce personne pour s'essuyer. Dans ces circonstances, elle conteste disposer encore d'une capacité de travail de 50%.

La recourante rappelle que le principe qui prévaut en assurances sociales est de soumettre l'assurée à des mesures de réadaptation avant de lui allouer une rente. Elle allègue que ni son âge ni son origine ni le fait de n'avoir pu profiter d'une scolarité adéquate en raison de sa situation sociale ne peuvent constituer des motifs valables pour lui refuser une reconversion professionnelle. Elle demande dès lors à être mise au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle adaptées à son état de santé.

Elle soutient par ailleurs qu'il est absolument irréaliste de retenir l'activité de caissière comme étant adaptée à son état de santé dans la mesure où elle a énormément de difficultés à se déplacer en transports publics et souffre non seulement d'une cardiomégalie modérée avec des signes d'insuffisance cardiaque mais également d'une gonarthrose importante. Elle s'insurge de l'affirmation lapidaire du Dr Q\_\_\_\_\_ selon lequel l'hypertension artérielle, l'obésité morbide et le status après by-pass gastrique sont des affections ne relevant pas de l'AI. Elle fait remarquer que si elle a effectivement souffert de surpoids avant son arrivée en Suisse, son état était stabilisé depuis plusieurs années de sorte qu'elle a pu travailler normalement. Ce n'est qu'après son arrivée en Suisse que son état de santé s'est fortement dégradé et a entraîné toutes les complications décrites dans son dossier médical. Compte tenu de ses problèmes d'impotence, et de sommeil, ainsi que de ses

difficultés à se déplacer, elle soutient qu'il est choquant d'exiger d'elle qu'elle puisse encore travailler comme caissière à mi-temps.

14. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 1er juin 2007, a conclu au rejet du recours.

15. Le 25 octobre 2007 s'est tenue une audience d'enquêtes :

Le Dr Q\_\_\_\_\_ a confirmé n'avoir jamais vu l'assurée. Il a expliqué que son travail consiste à étudier les dossiers des assurés, c'est-à-dire les rapports des médecins traitants et les expertises, et à en faire une synthèse. En général, il suit les recommandations des experts.

Le médecin du SMR a maintenu les conclusions prises dans son rapport du 12 décembre 2006. Il a admis que le rapport d'enquête ménagère mentionnait que l'assurée ne pouvait ni monter dans le bus ni marcher plus d'une centaine de mètres mais a estimé que l'avis d'un expert, lorsqu'il y en a un, prime sur celui de l'enquêtrice ménagère. Or en l'occurrence, un rhumatologue s'était prononcé et avait indiqué que l'assurée pouvait marcher 10 à 15 minutes, raison pour laquelle il a considéré que l'assurée devait être capable de prendre le bus.

Le témoin a émis l'avis que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr P\_\_\_\_\_, à savoir éviter les mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis et se voir accorder la possibilité d'alterner les positions assise et debout sont compatibles avec l'exercice de la profession de caissière, puisque cette dernière ne demande pas de devoir se pencher en avant en soulevant une charge et permet par ailleurs d'alterner les positions - la possibilité étant offerte de se lever environ une fois toutes les heures.

Le témoin a estimé avoir pris en compte toutes les pathologies. Il a souligné que l'hypertension artérielle, de manière générale, n'influe pas sur la capacité de travail, sauf rares exceptions; l'obésité morbide, compte tenu du by-pass et de l'opération de l'elephantiasis n'a pu que diminuer. Le témoin a cependant admis que cela ne signifiait pas pour autant la suppression de toute limitation.

S'agissant de l'incapacité de la patiente à se rendre seule aux toilettes, le témoin a assuré que de tels empêchements sont pris en compte par l'assurance-invalidité. Dans certaines situations, lorsque les patients doivent se rendre régulièrement aux toilettes, parfois jusqu'à 15 fois par jour, l'OCAI tient compte d'une diminution de rendement qui fait l'objet d'un calcul. Dans le cas de la recourante, ce problème n'a pas fait l'objet d'un examen ni par les médecins ni par l'expert.

16. Également entendue, à titre de renseignements, la fille de l'assurée a expliqué que lorsque cette dernière n'est pas obligée de sortir, elle reste en chemise de nuit la journée car il lui est difficile de s'habiller, que lorsqu'elle doit sortir, elle a besoin de

son aide pour se vêtir car elle éprouve en particulier des difficultés avec le bas du corps. Cela prend environ une demi-heure pour l'aider à se préparer, voire plus les jours où elle a mal. La fille de l'assurée doit également parfois l'aider à se coiffer car elle a de la difficulté à lever les bras. Elle l'aide également à monter dans la baignoire, à se laver le dos et doit l'assister lorsqu'elle se rend aux toilettes. A cet égard, l'assurée ne peut absolument pas se débrouiller seule, de sorte que lorsque sa fille est absente, elle doit patienter jusqu'à son retour. C'est la fille de l'assurée qui se charge de toutes les tâches ménagères impliquant de rester debout, un travail en hauteur ou par terre. L'assurée arrive à effectuer les tâches qu'elle peut faire assise ou à hauteur de bras. La fille de l'assurée a encore confirmé que sa mère éprouve des difficultés à monter dans le bus et doit être aidée ou s'agripper à la rampe.

17. Le 7 novembre 2007, la recourante a encore produit un courrier émanant du Dr R\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de chirurgie viscérale des HUG, daté du 5 novembre 2007, faisant état d'une éventration sous-ombilicale très importante, descendant quasiment jusqu'au niveau des genoux et totalement inopérable.
18. Le Dr N\_\_\_\_\_, entendu à titre de témoin le 8 novembre 2007, a expliqué être spécialiste en pneumologie avec une sous-spécialisation en médecine du sommeil, raison pour laquelle la patiente lui a été adressée, afin qu'il investigue d'éventuels problèmes d'apnée du sommeil.

Il a pu constater 35 épisodes d'apnée par heure étant précisé que c'est au-delà de 30 par heure que l'on considère qu'il y a un sérieux problème. S'y ajoute, chez les patients obèses, le fait qu'ils ont une respiration nocturne superficielle qui conduit à une baisse du taux d'oxygénation durant la nuit. La norme à cet égard est un taux d'oxygène de 90%. Dans le cas de l'assurée, il a été constaté qu'elle passait 81% de sa nuit en dessous de ce seuil. De telles affections provoquent une augmentation du risque cardio-vasculaire, favorisent l'hypertension artérielle pulmonaire et entraînent une augmentation de la fatigabilité.

L'assurée a été rapidement équipée d'un appareil de ventilation. Cependant, plus la personne est obèse plus la pression développée par ce type d'appareil doit être élevée et plus le risque de fuite est grand. C'est ce qui explique que dans le cas de la patiente, le résultat n'ait pas été optimal. Ainsi, en mars 2004, un nouvel examen a révélé qu'elle passait encore 70% de sa nuit en dessous du seuil de 90% d'oxygène.

Après le by-pass pratiqué en juillet 2004, l'assurée a perdu du poids (40 kg en février 2005). Les examens ont alors démontré que les apnées subsistaient mais qu'elles étaient passées d'un stade sévère à un stade léger puisqu'elles n'étaient plus qu'au nombre de 12 par heure. Quant au problème d'oxygénation, il s'était considérablement réduit puisque l'assurée ne passait plus que 10% de sa nuit en dessous du seuil de saturation de 90%.

S'agissant de la capacité de travail de la patiente, le témoin a fait remarquer que malgré sa perte de poids importante (60 kg en mars 2006), son obésité morbide lui cause toujours des problèmes de déplacement. Quant à ses problèmes d'apnées et d'oxygénation, ils influent sur son niveau de vigilance et notamment sur sa capacité de concentration dont le témoin a estimé qu'elle doit être un peu plus faible.

Dans sa globalité, il a estimé la capacité de travail à 0%, d'un point de vue strictement pneumologique, à 50%.

Le témoin a par ailleurs émis l'avis que l'activité de caissière serait difficilement envisageable compte tenu des problèmes de mobilité rencontrés par l'assurée et le fait que cette activité implique malgré tout un certain nombre de mouvements de va-et-vient. Selon lui, une activité adaptée devrait s'exercer en position assise et limiter le nombre de déplacements. Les mouvements de la partie supérieure du corps ne sont en revanche pas entravés.

19. La Dresse M\_\_\_\_\_, entendue à son tour, a confirmé les diagnostics posés dans ses différents rapports, à savoir une arthrose de la colonne lombaire - elle a ajouté le diagnostic d'arthrose des deux genoux confirmé par des examens ultérieurs-, d'obésité morbide, d'elephantiasis, de maladie des vaisseaux lymphatiques - qui a pour conséquence d'entraver la marcher et d'empêcher de conserver la station debout - d'hypertension - étant précisé que celle-ci n'a pas d'influence sur la capacité de travail dans la mesure où elle est traitée - et enfin d'apnées du sommeil qui ont été bien améliorées suite au traitement.

Le médecin a expliqué avoir estimé la capacité de travail de l'assurée à 0%, car elle ne peut pas même rester assise longtemps en raison de ses douleurs lombaires et de ses genoux. Elle doit parfois même s'étendre.

Le médecin a souligné que l'arthrose ne peut qu'aller en s'aggravant. Vu le jeune âge de la patiente et son obésité, il est trop tôt pour envisager la mise en place d'une prothèse du genou. Les infiltrations peuvent améliorer temporairement la situation mais il lui est difficile de conserver une même position ou de se déplacer. En 2006, les deux genoux posaient déjà problème.

Le témoin a estimé difficile d'exiger de la patiente qu'elle travaille 4 heures par jour comme caissière à long terme. Après quelques jours ou quelques semaines, cela risquerait d'aggraver son état - et notamment ses douleurs lombaires - au point qu'elle ne puisse plus travailler du tout.

Le témoin a confirmé que l'éventration évoquée par le Dr R\_\_\_\_\_ était déjà présente lors de l'opération du by-pass en juillet 2004 mais qu'elle était alors minime. L'opération a fragilisé les tissus de sorte que l'état de la patiente s'est aggravé pour arriver à ce qu'il est aujourd'hui. C'est en 2006 que cette éventration est vraiment devenue gênante.

Bien que l'assurée ait perdu plus de 50 kg (elle pèse aujourd'hui 122 kg, contre 174 à l'origine), le témoin a estimé que son obésité demeure en elle-même invalidante.

20. Par écriture du 4 décembre 2007, l'assurée a fait remarquer que ses problèmes de genoux s'aggravent, qu'elle souffre en outre d'une éventration dont elle ne peut être opérée, que du point de vue pneumologique, il existe une incapacité de travail de 50%, que d'un point de vue général, son incapacité de travail peut être estimée à 100% car elle ne peut rester longtemps en position assise. Elle reproche au médecin-conseil de l'OCAI de n'avoir pas pris en compte le problème particulier qui consiste dans le fait qu'elle n'est pas en mesure d'aller aux toilettes sans l'aide d'une tierce personne. Elle relève que ses médecins sont unanimes dans leurs diagnostics, alors que le Dr Q\_\_\_\_\_ ne l'a jamais examinée, ni même vue avant l'audience d'enquête, que son obésité morbide est d'une telle gravité qu'elle doit être prise en compte, qu'il n'existe aucune solution au niveau de ses genoux et que le métier de caissière n'est absolument pas adapté. Néanmoins, souhaitant fortement exercer une activité lucrative, elle se déclare tout à fait d'accord pour se soumettre à une mesure d'observation professionnelle, afin que des professionnels en la matière puissent examiner s'il existe ou non pour elle, sur le marché du travail, une activité adaptée à son état de santé.

21. L'OCAI, par écriture du 12 décembre 2007, s'est référé à l'avis du Dr Q\_\_\_\_\_.

Ce dernier relève que le Dr N\_\_\_\_\_ ne peut se prononcer que dans le cadre de sa spécialité et que l'on ne peut dès lors retenir que son point de vue de pneumologue, qui évalue l'incapacité de travail à 50%.

Il conteste par ailleurs l'incapacité totale de travail retenue par la Dresse M\_\_\_\_\_ dans la mesure où le Dr P\_\_\_\_\_, rhumatologue, a conclu à une capacité de travail de 50% et le pneumologue également.

Quant à l'obésité morbide de l'assurée, il estime qu'elle n'est pas invalidante du point de vue de l'assurance-invalidité. Par ailleurs, selon lui, l'éventration sous-ombilicale pourrait faire l'objet d'un port de ceinture de contention ou d'une gaine et ne devrait pas entraver la capacité de travail. Il estime pour le reste qu'il n'y a pas d'évolution radiologique significative susceptible de limiter la capacité de travail.

22. Par écriture du 7 janvier 2008, l'assurée a encore fait remarquer que si le pneumologue d'une part et le rhumatologue d'autre part ont tout deux reconnu une incapacité de travail à 50%, on voit mal comment le Dr Q\_\_\_\_\_ peut affirmer que sa capacité globale est supérieure à 50% sans autre explication. Elle souligne par ailleurs que puisque le Dr Q\_\_\_\_\_ estime que l'avis d'un médecin n'a pas de force probante en dehors de son domaine de spécialité, il devrait être cohérent et admettre qu'en sa qualité de spécialiste en médecine interne, il ne dispose pas des connaissances adéquates pour s'exprimer valablement dans le cas d'espèce.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Se pose en premier lieu la question de la recevabilité du recours, interjeté le 7 mars 2007 contre la décision du 7 novembre 2006. Cependant, il est établi et non contesté qu'en l'espèce, la décision litigieuse a été notifiée directement à l'assurée - on ignore à quelle date exactement, la notification s'étant faite par pli simple -, alors même qu'élection de domicile avait été faite chez son conseil par courrier du 29 août 2006 (confirmé par courrier du 15 septembre 2006). Partant, la notification au domicile de l'assurée était irrégulière.

Selon la jurisprudence, les communications que les autorités administratives et judiciaires destinent aux parties qu'elles savent représentées par un mandataire doivent être adressées à celui-ci. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (cf. DTA 2002 n°9 p. 66 consid. 2; RAMA 1997 n° U 288, p. 442 consid. 2b).

Lorsque la forme est écrite, la décision doit parvenir à la connaissance des intéressés; plus précisément, ceux-ci doivent être mis dans la situation où la prise de connaissance ne dépend plus que d'eux-mêmes ou leur représentant (cf. MOOR, Droit administratif, 2ème éd., Berne 2002, volume II, p. 302).

La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 dernière phrase LPGA). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice (ATF 122 I 99 consid. 3a/aa, 111 V 150 consid. 4c et les références; RAMA 1997 n° U 288 p. 444 s. consid. 2b/bb; ZBl 95/1994 p. 530 consid. 2). Demeure toutefois réservé, à cet égard, un comportement contraire à la bonne foi de la partie ou de son mandataire (RCC 1991, p. 391; A. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 878). Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi considéré que lorsqu'une décision n'était pas notifiée au représentant d'une partie mais à cette dernière, celle-ci devait néanmoins, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire sur la suite à donner à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la

---

notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il convenait de faire courir le délai de recours dès cette date (ATF C 168/00 du 13 février 2001, consid. 3c).

En l'occurrence, la recourante ne saurait subir un préjudice du fait de l'irrégularité de la notification de la décision litigieuse. On ignore cependant à quelle date précise la décision litigieuse lui a été notifiée puisqu'elle lui a été adressée par pli simple. Il faut d'ailleurs relever que la décision lui a été notifiée sans les quatre pages de motivation qui devaient l'accompagner. Seul est établi le fait que son conseil a demandé des nouvelles du dossier dans sa mandante à l'OCAI par courrier du 2 février 2007 et qu'informé de la décision, il y a immédiatement fait "opposition" par courrier du 9 février 2007. Ce courrier doit être considéré comme valant recours - l'OCAI aurait d'ailleurs dû le transmettre au Tribunal de céans comme objet de sa compétence - de sorte qu'il faut considérer en l'occurrence que la recourante a agi en temps utile, ce que l'intimé ne conteste pas au demeurant.

3. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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).

En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

b) Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 août 2006, singulièrement quel est son taux d'invalidité et si, cas échéant, elle peut se voir octroyer une rente ou des mesures d'ordre professionnel.
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) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67).

Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. En l'espèce, l'intimé, se basant sur le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ et, surtout, sur l'avis du Dr Q\_\_\_\_\_, a considéré qu'à compter du 3 mai 2006 - date de l'expertise - l'assurée aurait été capable, vu l'amélioration de son état de santé, de reprendre une activité de caissière à raison de 50%.

Le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où le médecin a procédé à un examen clinique complet de l'intéressée, mentionné ses plaintes, et exposé ses conclusions de manière convaincante. Il convient cependant de relever qu'il ne s'est prononcé que sur le plan purement rhumatologique. Le Tribunal de céans constate que si le Dr P\_\_\_\_\_ a certes estimé que dans une activité professionnelle légère, permettant l'alternance des positions assise et debout, excluant le port de charges de plus de quinze kilos, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée, les travaux accroupis ainsi que la montée et la descente d'escaliers de façon répétitive, l'assurée pourrait encore travailler à 50% en tenant compte de la diminution de rendement, il ne s'est exprimé que sur le seul plan rhumatologique et a précisé qu'il fallait également tenir compte "de multiples atteintes à la santé de la médecine interne,

soit un syndrome d'apnées du sommeil et d'hypoventilation nocturne, une obésité morbide, se rajoutant possiblement l'évocation d'un état dépressif". Qui plus est, le Dr P\_\_\_\_\_ ne s'est jamais prononcé sur la question de savoir si l'activité de caissière répondrait à sa définition d'une activité adaptée. Enfin, il a émis un pronostic très réservé au vu du fait que la patiente présentait des troubles dégénératifs sévères du squelette axial et périphérique incompatibles avec la reprise de l'activité professionnelle antérieure, que malgré la perte de poids, il persistait une obésité morbide, et qu'elle souffrait par ailleurs de troubles dégénératifs rachidiens importants et d'une gonarthrose qui ne pouvait être améliorée localement.

Le Dr Q\_\_\_\_\_, sans jamais avoir examiné la recourante, a tiré du rapport du Dr P\_\_\_\_\_ et du dossier de la recourante la conclusion que le syndrome d'apnées du sommeil et la difficulté à la marche, conséquence de l'obésité, avaient désormais été résolus de sorte que seule la polyarthrose prédominante au genou et à la colonne lombaire engendrait une incapacité de travail de 50%. Le médecin du SMR a au surplus estimé que l'activité de caissière serait adaptée à l'état de l'assurée.

Le Tribunal de céans ne saurait suivre ces conclusions au vu des différents avis médicaux exprimés dans ce dossier par plusieurs spécialistes, étant rappelé que le Dr Q\_\_\_\_\_, médecin de dossier au SMR, n'est pour sa part spécialiste qu'en médecine interne, ainsi que le relève à juste titre la recourante, et que ses conclusions ne sont guère motivées.

Ainsi que cela a déjà été relevé, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a conclu, de manière convaincante, à une incapacité de travail de 50%, mais sur le seul plan rhumatologique, et en relevant que bien d'autres problèmes somatiques se posent.

Le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie avec une sous-spécialisation en médecine du sommeil, a expliqué que si la situation de l'assurée s'est certes bien améliorée suite à sa perte de poids sur le plan des apnées (12 épisodes d'apnée par heure en février 2005 contre 35 au début) et sur celui de l'oxygénation (10% de la nuit en dessous du seuil de 90% d'oxygénation contre 81% de la nuit auparavant), ces problèmes demeurent et continuent à influencer - bien que dans une moindre mesure - son niveau de vigilance et sa capacité de concentration. D'un point de vue strictement pneumologique, il a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50%.

Il convient encore de relever que le Dr R\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de chirurgie viscérale des HUG, a indiqué qu'en novembre 2007 - malgré la perte de poids importante, donc - l'assurée souffrait encore d'une éventration sous-ombilicale très importante, descendant quasiment jusqu'au niveau des genoux et totalement inopérable. Dans de telles conditions, la suggestion du Dr Q\_\_\_\_\_

de régler le problème par le port d'une ceinture de contention ou d'une gaine parait pour le moins dérisoire.

La présence d'un tablier adipeux abdominal encombrant avait d'ailleurs déjà été relevée par le Dr O\_\_\_\_\_, chef de clinique aux HUG, en 2005, ainsi qu'une excroissance crurale volumineuse.

En outre, le Dr Q\_\_\_\_\_ a admis n'avoir pas tenu compte du fait que l'assurée est dans l'incapacité de se rendre seule aux toilettes par exemple, ce qui influe nécessairement sur son rendement.

Enfin, l'enquête réalisée au domicile de l'assurée suite à sa demande d'allocation pour impotence a confirmé qu'elle a besoin d'aide pour s'habiller, pour se rendre aux toilettes, pour se laver et qu'elle rencontre des difficultés pour se déplacer à l'extérieur, à prendre les transports publics et à marcher plus de 100 mètres. A cet égard, le Dr Q\_\_\_\_\_ a préféré se baser sur l'avis du Dr P\_\_\_\_\_. Il ressort cependant du rapport de ce dernier que l'assurée ne peut marcher plus de 10 à 15 minutes.

S'agissant plus particulièrement de l'activité de caissière, jugée adaptée par le SMR, force est de constater qu'elle implique de conserver la position assise de manière prolongée, parfois des mouvements en porte-à-faux et un certain nombre de déplacements, ce qui apparaît pour le moins incompatible avec l'état de santé de l'assurée. Tant le Dr N\_\_\_\_\_ que le Dr M\_\_\_\_\_ ont d'ailleurs exprimé leur scepticisme à cet égard.

Eu égard aux considérations qui précèdent, au nombre d'atteintes et de limitations de l'assurée, le Tribunal de céans rejoint l'avis du Dr M\_\_\_\_\_ selon lequel la capacité de travail de la recourante doit être considérée comme nulle, d'autant plus qu'il apparaît pour le moins improbable qu'un marché du travail équilibré puisse offrir un nombre de postes de travail suffisants à la recourante, lui permettant de mettre à profit une capacité de travail même réduite au vu de ses limitations fonctionnelles. On ne voit en effet pas quel type de poste serait adapté à une personne qui ne peut parcourir qu'une distance de 100 mètres, doit rester assise, mais pas trop longtemps, doit parfois s'allonger, ne peut se rendre aux toilettes seule, doit éviter le port de charges, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, les travaux accroupis ainsi que la montée et la descente d'escaliers et qui est au surplus fatigable vu ses problèmes d'apnées. On doit en déduire qu'il n'existe, sur le marché équilibré du travail, pas de poste adapté au handicap de la recourante et que, partant, on ne peut lui reconnaître aucune capacité de gain résiduelle, si tant est qu'elle présentât (ce qui n'est pas le cas) une quelconque capacité de travail.

7. Reste à procéder au calcul du degré d'invalidité.

L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

La recourante ayant exercé une activité à temps partiel (60%), le Tribunal de céans doit maintenant procéder à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGA, en corrélation avec les art. 27 et 27 bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité-là. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage et n'exerçant pas d'activité lucrative, on entend l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré.

Ainsi, il faut dès lors déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Il convient par conséquent d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail

habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a ; RCC 1980 p. 565 ; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.).

8. En l'occurrence, l'assurée travaillait comme nettoyeuse 25 heures par semaine. L'horaire usuel de cette entreprise s'élevait à 42,5 heures. Par conséquent, le taux d'activité lucrative de la recourante s'élève à 60%. Le taux d'activité ménagère s'élève ainsi à 40%.

Il convient de relever que les résultats de l'enquête sur le ménage n'ont pas été contestés et que cette enquête a, en outre, à pleine valeur probante. Il conviendra, par conséquent, de se référer à son résultat, et de retenir un taux d'invalidité dans les activités ménagères de 37.5%.

Force est donc de constater dans ces conditions que le degré d'invalidité calculé par l'OCAI pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2004 au 31 août 2006 a perduré au-delà. L'assurée étant dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité lucrative, son degré d'invalidité pour cette part s'élève à 60%. Dans la mesure où elle est au surplus empêchée d'effectuer ses tâches ménagères à hauteur de 38%, on obtient un degré d'invalidité de 15% pour la part ménagère (38% de 40%). Cela conduit à un degré d'invalidité global de près de 75%, suffisant pour ouvrir droit à une rente entière.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que le droit de la recourante à une rente entière a perduré au-delà du 31 août 2006. Le recours est donc admis.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 7 novembre 2006.
4. Constate que Madame F\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2006.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de dépens.
7. Met un émolument de 800 fr. à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

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