

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1522/2007

ATAS/1186/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 30 octobre 2007

En la cause

Madame H _____, domiciliée , 8803 RUSCHLIKON

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame H _____, née le 1961, d'origine italienne, en Suisse depuis 1964, a déposé le 11 février 2004 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente.
2. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 25 février 2004, le Dr A _____ du Service de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué que l'assurée souffrait d'algies chroniques et de décompensation musculaire de la paroi abdominale, secondaires à la présence d'agrafes Tacker, depuis 2 ½, ans après une hernioplastie inguinale et une laparoscopie péritonéale avec mise en place d'un filet de polypropylène, fixé au moyen de trois agrafes Tacker, situées dans le muscle droit et une délivrée sur les ligaments de Cooper. L'assurée présente ainsi une asymétrie musculaire des muscles droits secondaire à la présence des agrafes, visible sur l'échographie et le scanner. Il estime l'incapacité de travail de l'assurée à 100% depuis le 19 décembre 2002. Le Dr A _____ a ajouté que "devant un tel tableau d'évolution abdominal, lié semble-t-il à l'intervention pratiquée il y a 2 ½ ans, avec des agrafes qui sont restées dans l'abdomen et qui seraient la source de ces douleurs", il l'avait adressée au Dr B _____, chirurgien digestif, pour intervention.
3. Le Dr B _____ a procédé le 11 février 2004 à l'ablation des trois agrafes Tacker par voie externe.
4. Du questionnaire servant à déterminer le statut de l'assurée établi le 27 février 2004, il appert qu'en bonne santé, elle aurait exercé une activité lucrative dans le domaine bancaire à 100% depuis 2002, du fait qu'elle aurait souhaité reprendre sa carrière professionnelle après s'être consacrée à l'éducation de ses enfants et à la tenue du ménage.
5. Le Prof. C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique des HUG a, le 30 août 2004, posé les diagnostics de discopathie L4-L5, status post-intervention pour hernie inguinale crurale le 27 septembre 2001 et chondropathie rotulienne. Selon lui, vu les plaintes de la patiente, celle-ci peut difficilement exercer une activité soutenue physiquement. Il estime qu'une expertise devrait être mise en œuvre.
6. L'OCAI a mandaté le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie. Celui-ci a établi un rapport d'expertise le 24 août 2005. Il pose les diagnostics suivants :
 - algies chroniques de la cuisse droite (depuis janvier 2000), de la hanche droite, de la symphyse pubienne et de la paroi abdominale (depuis fin 2000-début 2001 pour la région inguinale),

- discopathie lombaire et lombosciatalgie (depuis juin 2000),
- chondropathie rotulienne (décrite en septembre 2002),
- réaction inflammatoire musculo-tendineuse multiple d'origine indéterminée (depuis mars 2003),
- status après cure de hernie inguino-crurale avec décompensation des algies sur le processus cicatriciel (opération en septembre 2001),
- atrophie du quadriceps droit et instabilité du membre inférieur droit (décrite en février 2003).

Il ajoute que l'assurée souffre d'un excès pondéral depuis février 2003.

Il relève qu'au vu de l'anamnèse et des divers rapports et appréciations médicales, il n'y a visiblement pas eu d'amélioration des problèmes douloureux de la patiente dont l'origine reste peu claire. Si le premier épisode aigu à la suite d'une injection pour sclérose veineuse à la cuisse droite peut être compris comme une extravasation de produit sclérosant avec atteinte d'une branche du nerf fémoro-cutané, la suite des événements ne va pas avec une complication post-sclérose non décrite dans la littérature, qui associe une atrophie du quadriceps avec des douleurs se chronifiant mais restant très intenses et plus ou moins migrantes. Un deuxième épisode de douleurs aiguës est consécutif à un problème lombo-vertébral, trois mois après l'épisode de sclérose, celui-ci pouvant expliquer les douleurs lombo-vertébrales, les irradiations inguino-crurales, voire l'atrophie musculaire avec une atteinte plus proximale, mais les éléments à ce moment-là manquent pour se faire une idée précise de la situation. Dans tous les cas, il semble que l'épisode de hernie inguinale est un épiphénomène, avec une hernie non responsable des symptômes décrits avant l'intervention. Par contre après l'intervention, on peut tout à fait admettre une exacerbation des douleurs dues au décollement propéritonéal étendu, puis aux phénomènes de cicatrisation, avec réaction plus importante aux lieux de fixation, d'où l'amélioration partielle à l'ablation des Tackers. Le médecin relève également dans les divers examens la mention d'une atteinte musculo-tendineuse avec en particulier une tendinopathie des adducteurs et des fessiers (avec bursite) qui n'a pas vraiment été investiguée ni traitée selon les documents à disposition.

Selon le médecin, la patiente ne peut effectuer d'efforts consécutifs de plus d'une heure, ce qui exclut donc une activité professionnelle et présente une nette faiblesse du membre inférieur droit, indépendamment des douleurs invalidantes, sur atrophie du quadriceps. Il ajoute qu'en l'état actuel, il ne voit pas non plus de possibilité d'amélioration de la capacité de travail pour une adaptation ou un reclassement.

7. Dans sa note du 8 septembre 2005, le Dr E_____ rappelle qu'il avait exprimé un doute, déjà dans sa note antérieure du 29 mars 2005, qu'il fut possible à

l'expert de se déterminer sans une enquête ménagère préalable. Au demeurant l'expertise ne lui paraît pas concluante dans le sens que les limitations fonctionnelles ne sont pas décrites sur la base d'observations objectives, mais uniquement sur les indications subjectives de l'assurée. Il propose dès lors une nouvelle expertise, rhumatologique.

8. Le Dr F _____ a été mandaté. Dans son rapport d'expertise du 13 janvier 2006, il retient les diagnostics de
- lombo-pygi-inguino-cruralgie droites chroniques
 - troubles statiques rachidiens modérés et discopathies lombaires inférieures modérées
 - obésité
 - amyotrophie de la cuisse droite et meralgie paresthésique du nerf fémoro-cutané droit
 - status après multiples interventions digestives.

Il considère que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée dans une activité légère excluant les ports de charge au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et la marche prolongée, est de 50%, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement.

9. Une enquête ménagère a été réalisée par l'Office AI du canton de Zurich le 14 décembre 2006, vu le déménagement de l'assurée dans ce canton, lequel a conclu à une invalidité de 11% dans l'accomplissement des tâches ménagères.
10. Le 18 décembre 2006, l'OCAI a communiqué à l'assurée son projet de décision, aux termes duquel le degré d'invalidité de 33% admis ne lui donnait pas droit à une rente d'invalidité. L'OCAI a considéré que, compte tenu de l'ensemble des circonstances personnelles et familiales (maturité économique, enfants nés en 1982 et 1989), il était vraisemblable que sans atteinte à la santé, elle aurait repris une activité à un taux de 80%.
11. Par courrier du 28 janvier 2007, l'assurée a contesté la façon dont avait été calculé le degré d'invalidité, ainsi que l'incapacité de travail retenue. Elle souligne que l'incapacité de travail estimée à 50% ne l'a été qu'à partir du 13 janvier 2006 par le Dr F _____, qu'elle est donc confirmée à 100% jusqu'à cette date.
12. Par décision du 6 mars 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision, constatant que les arguments et documents produits en procédure d'audition, notamment ceux de la RehaClinic de Zurich, n'apportaient aucun fait nouveau susceptible d'influencer le droit de l'assurée aux prestations AI. Le Dr G _____ avait

plus particulièrement, dans son avis du 29 janvier 2007, indiqué que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié durant l'année 2006.

13. L'assurée a interjeté recours le 10 avril 2007 contre ladite décision. Elle explique qu'elle a réduit son activité lucrative de réviseur bancaire à 80% à la naissance de son premier enfant en 1986, puis cessé toute activité pendant la période de scolarisation des enfants. Elle allègue que sans atteinte à la santé, elle aurait repris une activité à 100% dans sa profession avec un salaire minimum de 77'580 fr. selon les statistiques et recommandations de l'association suisse des commerçants (Brochure Zurich : recommandations salariales 2007).

Elle rappelle que son incapacité de travail à 100% a été attestée par ses médecins traitants ainsi que par l'expert D _____, ce jusqu'au 13 janvier 2006.

Elle s'indigne par ailleurs de ce qu'une femme invalide au minimum à 50% dans une activité assise puisse en même temps être considérée comme apte aux travaux domestiques à 90%.

En conclusion, elle reproche à l'OCAI de s'être fondé uniquement sur l'expertise du Dr F _____, lacunaire, alors que le rapport du Dr D _____ est exhaustif et détaillé. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

14. L'OCAI a été invité à faire parvenir au Tribunal de céans sa réponse et son dossier d'ici au 29 mai 2007.
15. Par courrier du 31 mai 2007, l'OCAI a sollicité une prolongation du délai, étant dans l'attente de diverses précisions du gestionnaire du dossier, ce que le Tribunal de céans a admis au 15 juin 2007.
16. Le 5 juin 2007, l'assurée a prié le Tribunal de céans de bien vouloir revenir sur sa décision, considérant qu'il s'agissait d'une prorogation abusive, ce d'autant plus que l'OCAI avait fait parvenir sa requête deux jours après le délai qui lui avait été initialement imparti.
17. Dans sa réponse du 15 juin 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
18. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

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) qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 6 mars 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant essentiellement à l'année 2004, le présent litige sera examiné à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

4. L'assurée a contesté la prolongation du délai au 15 juin 2007 accordée à l'OCAI, constatant qu'au surplus celui-ci ne l'avait sollicitée qu'à l'expiration du délai qui lui avait initialement été imparti. Le Tribunal de céans rappelle toutefois que la prolongation n'a pas dépassé 15 jours. On ne saurait dès lors parler d'abus dans ces conditions, ce d'autant moins que l'OCAI avait justifié sa demande.
5. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005)
6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain,

elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première

ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

On ne saurait, certes, mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garantis (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (consid. 3.1; ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer

pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. En l'espèce, l'assurée présente des douleurs inguinales sus-pubiennes et de la cuisse gauche déclarées invalidantes apparues dans les suites d'une sclérothérapie de varices et d'une cure de hernie inguinale et crurale par filet agrafé. L'assurée se plaignant encore de douleurs après l'ablation des agrafes, le Prof. C _____ avait recommandé l'apport d'une expertise pour définir la capacité de travail. Le Dr D _____, auquel le mandat d'expertise avait été confié, a considéré, le 24 août 2005, que l'assurée ne pouvait accomplir d'efforts consécutifs de plus d'une heure, ce qui n'était pas compatible, à son sens, avec l'exercice d'une activité lucrative. Le Dr F _____ a été chargé de réaliser un second rapport d'expertise, ce qu'il a fait le 13 janvier 2006. Il en ressort que la capacité de travail de l'assurée dans une activité légère est de 50%, compte tenu d'une diminution de rendement.

Se fondant sur les conclusions du Dr F _____, et vu un empêchement à accomplir les tâches ménagères estimé à 11%, l'OCAI a conclu à un degré d'invalidité de 33%, taux ne justifiant pas l'octroi d'une rente.

L'assurée conteste le degré d'invalidité retenu. Elle relève plus particulièrement que le Dr F _____ n'a estimé son incapacité de travail à 50% que depuis le 13 janvier 2006.

Le Tribunal de céans constate que l'expertise réalisée par le Dr F _____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante (ATF 125 V 353). Le médecin a plus particulièrement expliqué en quoi consistaient les atteintes à la santé et quelles limitations elles entraînaient. On ne peut ainsi dire que son expertise soit lacunaire, ainsi que l'allègue l'assurée. Ses conclusions sont au contraire complètes, claires et bien motivées, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Il n'en est pas de même du rapport d'expertise établi par le Dr D _____, lequel se fonde principalement sur les douleurs dont se plaint l'assurée et qui propose au surplus, vu ses difficultés à envisager quelle activité pourrait être exigible, de procéder à une enquête ménagère ou une observation en centre.

Il convient de rappeler à cet égard que la profession de l'assurée est celle de réviseur bancaire, laquelle correspond aux limitations fonctionnelles qui lui sont reconnues, à savoir pas de port de charges au-delà de 15 Kg, pas de mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et pas de marche prolongée. Aussi une incapacité de travail de 50% doit-elle être confirmée dans le cadre de son activité antérieure. Les documents produits par l'assurée en procédure de recours ne sont par ailleurs pas de nature à remettre en cause cette conclusion, le Dr G _____ déclarant expressément que l'état de santé de l'assurée n'avait pas subi de changement important.

On ne saurait pas non plus suivre le raisonnement de l'assurée lorsqu'elle soutient que le taux de 50% ne doit être pris en considération qu'à partir de la date à laquelle a été établie l'expertise du Dr F _____ et qu'auparavant un taux de 100% lui avait été reconnu par le Dr D _____ ; d'une part parce que le Dr F _____ a fondé ses conclusions sur le dossier médical complet de l'assurée, d'autre part parce que le rapport du Dr D _____ ne satisfait précisément pas aux exigences posées par la jurisprudence.

9. Reste à déterminer le degré d'invalidité.
10. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

A titre préalable, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI). Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépend 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.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

11. En l'espèce, l'OCAI a considéré que l'assurée aurait exercé, sans l'atteinte à la santé, une activité lucrative à 80%. Le calcul du degré d'invalidité a dès lors été établi sur la base de la comparaison des revenus et une incapacité de travail de 50% pour la part qui aurait été consacrée à une activité lucrative, soit à 80%, et de l'empêchement à accomplir les travaux ménagers de 11%, pour la part de non-active.

L'assurée a toutefois expliqué qu'avant la naissance de ses enfants, elle travaillait à plein temps, qu'elle n'avait en effet réduit son horaire de travail à 80% , puis cessé toute activité que pour se consacrer à eux. Elle allègue ainsi qu'elle aurait repris, si son état de santé ne l'en avait empêchée, un travail à 100% dès 2002.

12. Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

Le critère de la vraisemblance prépondérante, qui est généralement appliqué dans le domaine du droit de l'assurance sociale, vaut également pour l'appréciation des preuves en assurances sociales (ATF 111 V 372 consid 1b et 105 V 229 consid 3a). La notion de vraisemblance prépondérante signifie que l'existence d'un fait est plus vraisemblable que son absence (cf. ATF 111 V 374). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références). 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 322 consid. 5a).

Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

13. En l'espèce, l'assurée a travaillé en qualité de réviseur bancaire à plein temps jusqu'en 1988, date à laquelle elle a réduit son temps de travail à 80%. Elle a finalement cessé toute activité lucrative en 1991-1992. Elle a indiqué, dans le questionnaire servant à déterminer son statut le 27 février 2004 qu'en bonne santé, elle aurait repris sa carrière professionnelle dans le domaine bancaire à 100% après s'être consacrée à l'éducation de ses enfants. Elle a déclaré au Dr. D_____ qu'elle s'était arrêtée de travailler à cause de ses enfants. Il y a à cet égard lieu de constater qu'en 2002, son plus jeune enfant était âgée de 13 ans. Il y a lieu d'observer que l'assurée est restée constante dans ses déclarations.

Il apparaît ainsi, selon le degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que l'assurée, en bonne santé, aurait repris un travail de réviseur bancaire à 100%, dès que ses enfants auraient été suffisamment âgés, si bien que son degré d'invalidité doit être déterminé selon la méthode de comparaison des revenus conformément à l'art. 28 LAI.

14. En l'espèce toutefois, il suffit de constater que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (ATFA du 30 juin 2006, I 43/05). Il est en pareil cas superflu de chiffrer les revenus avec et sans invalidité déterminants avec exactitude. Aussi le degré d'invalidité présenté par l'assurée est-il de 50% depuis décembre 2002, lequel justifie l'octroi d'une demi-rente à compter de décembre 2003 (art. 29 LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Dit que l'assurée a droit à une demi-rente d'invalidité à compter de décembre 2003.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
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); 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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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