REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1795/2007 **ATAS/929/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 3 septembre 2007

En la cause

Madame D_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître FASEL Serge	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Mme D_____ (ci-après : l'assurée), née le 1949, mariée, de nationalité portugaise, est arrivée en Suisse en 1991. Elle est titulaire d'une autorisation d'établissement C.

2. L'assurée a travaillé comme nettoyeuse à 50 % dès 1991 et pour l'entreprise X_____ depuis le 13 mars 1996 à raison de quatre heures par jour cinq jours par semaine pour un salaire horaire de 16 fr. 15 depuis janvier 2000.

3. Dès le 20 juillet 2001, elle a été en incapacité totale de travail, attestée par le Dr. A_____, puis par le Dr. B_____, tous deux médecine interne FMH, en raison de lombalgies et d'une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.

4. Elle a reçu des indemnités journalières de l'assurance-maladie perte de gain.

5. Le Dr B_____ a estimé le 22 décembre 2001 que dès le 7 janvier 2002, la capacité de travail serait entière.

6. La Dresse. C_____, médecine interne-rhumatologie FMH, a attesté le 18 janvier 2002 d'une incapacité de travail totale depuis le 7 janvier 2002.

   Le 11 mars 2002, elle a mentionné des lombalgies chroniques sur lésions dégénératives depuis quelques années, une tendinopathie calcifiante du sus-épineux de l'épaule droite depuis quelques mois.

7. Le 27 mai 2002, la Dresse C_____ a informé le médecin-conseil de l'assurance-maladie perte de gain que l'assurée n'avait pas pu reprendre son travail en raison de douleurs persistantes allant en s'aggravant de l'épaule droite et du membre droit supérieur (MSD), avec diminution de la mobilité de l'épaule et de nombreux points de fibromyalgies positifs. Une scintigraphie osseuse n'avait pas confirmé d'algodystrophie. Elle présentait aussi des lombalgies chroniques et une gonarthrose débutante bilatérale fémoro-tibiale interne ainsi qu'un état dépressivo-anxieux.

8. Le 19 septembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

9. Le 13 décembre 2002, la Dresse C_____ a rempli un rapport médical AI. Elle pose les diagnostics de tendinopathie calcifiante du sus-épineux de l'épaule droite, avec signes de conflit antéro-supérieur et arthrose acromio-claviculaire droite, depuis juillet 2001. Des lombalgies chroniques, exacerbées, sur troubles dégénératifs, depuis quelques années. Une gonarthrose débutante, bilatérale, évolution vers un syndrome douloureux chronique. Un état anxio-dépressif réactionnel (décès d'un fils de seize ans) persistant.

Malgré un traitement comprenant des antalgiques (Dafalgan), des AINS (Inflamac), un traitement antidépresseur (Floxyfral), des infiltrations locales de corticoïdes (épaule droite et nodules de Copemann), une prise en charge physiothérapique antalgique et de rééducation, l'évolution s'était faite vers un syndrome douloureux chronique, empêchant la reprise de son activité de femme de ménage (nettoyages).

Elle joignait les rapports d'une scintigraphie osseuse du 16 mai 2002, d'une échographie des deux épaules du 14 mars 2002, d'une radiographie des genoux du 20 février 2002, de la colonne lombaire du 22 novembre 2001, et d'une radiographie de la colonne cervicale et dorsale du 15 novembre 2002.

L'incapacité de travail était totale. Les travaux de nettoyage étaient impossibles à exécuter et une expertise et un stage d'évaluation professionnelle nécessaires.

10. Le 3 février 2004, le Dr B_____, suite à une consultation du même jour, a estimé qu'une rente n'était pas justifiée. L'état anxio-dépressif datait de 1991 suite au décès de son fils et la patiente avait travaillé normalement jusqu'en 2001 depuis lors.

11. Le 23 février 2004, le Dr D_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), a estimé qu'il existait un handicap dans le métier exercé et des difficultés à effectuer certains travaux. Une autre activité épargnant l'épaule était possible.

12. Le rapport de réadaptation professionnelle du 7 avril 2004 fondé sur un entretien du 5 avril 2004 relève que l'invalidité dans le domaine professionnel est nulle et qu'une enquête ménagère est nécessaire.

13. Le 14 avril 2004 une ultrasonographie de la thyroïde montre un glande de petite taille mais d'aspect normal.

14. Une enquête économique sur le ménage du 11 mai 2004 effectuée par la gestionnaire du dossier de l'OCAI, a conclu à une invalidité ménagère de 90 %. Elle s'est fondée sur la constatation que l'assurée subissait un empêchement total dans le champ alimentation et dans celui de la lessive et entretien de vêtements, de 80 % pour l'entretien du logement et les courses, et de 20 % dans le champ divers. Elle note que l'époux de l'assurée est au bénéfice d'une rente AI, que le couple vit avec leur fille, et que celle-ci et l'époux se chargent de la plupart des tâches ménagères.

15. Le 7 juillet 2004, la Dresse C_____ a estimé que l'état de santé était stationnaire depuis juillet 2001. Une activité adaptée devrait être évaluée lors d'un stage. Il y avait une persistance du syndrome douloureux chronique, inchangé.

16. Le 26 août 2004, une note au dossier de l'OCAI relève que, compte tenu des limitations fonctionnelles, l'empêchement ménager était environ de 20 % et qu'il avait été surévalué dans l'enquête ménagère. Par ailleurs, l'incapacité de travail était

au maximum de 50 % dans une activité légère en accord avec le Dr D_____ et la Dresse E_____.

17. Par décision du 2 septembre 2004, l'OCAI a constaté que le degré d'invalidité était de 10 %, soit 0 % dans l'activité professionnelle de 50 % puisqu'une activité légère à 50 % était possible et 20 % dans l'activité ménagère de 50 % (10 % d'invalidité ménagère).

18. Le 15 septembre 2004, l'assurée a fait opposition à la décision de l'OCAI du 2 septembre 2004 et requis une expertise.

19. Le 7 décembre 2004, la Dresse. F_____, du Service Médical Régional AI (SMR), a rendu un rapport d'expertise qu'elle a signé "psychiatre FMH" à la suite d'un examen du 26 novembre 2004. Le syndrome douloureux somatoforme persistant n'était pas retenu dès lors qu'il n'y avait pas un véritable sentiment de détresse. Le diagnostic d'état anxio-dépressif posé par le médecin traitant n'avait pas été objectivé à l'examen clinique. Il était possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive ou simplement une humeur dépressive, sans incidence sur la capacité de travail, qui actuellement était en rémission complète. Par ailleurs, l'état anxio-dépressif réactionnel au décès de son fils en 1991, avait nécessité une courte prise en charge psychiatrique ambulatoire au Portugal suivi d'une amélioration de son état après trois mois de traitement, selon les informations anamnestiques fournies par l'assurée. Sur la base d'un examen psychiatrique dans les limites de la norme, l'assurée ne présentait aucune maladie psychiatrique chronique et invalidante qui puisse justifier une quelconque diminution de la capacité de travail. En conclusion, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était entière dans toute activité.

20. Le 7 décembre 2004, le Dr G_____ du SMR a demandé une expertise rhumatologique au Dr. H_____, rhumatologue FMH.

21. Le 8 avril 2005, le Dr H_____ a rendu son rapport d'expertise fondé sur le dossier médical et un examen du 7 février 2005. L'assurée se plaignait principalement de son MSD et, depuis un an, de douleurs à l'épaule gauche. Elle était uniquement capable d'effectuer des tâches ménagères légères. Elle souffrait aussi de la région lombo-sacrée et des genoux. Il pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de tendinopathie calcifiante du sus-épineux de l'épaule droite, avec signe de conflit antéro-supérieur et sans répercussion sur la capacité de travail d'éléments de fibromyalgie de la ceinture scapulaire et de la région lombo-sacrée, de gonarthrose débutante, bilatérale, peu symptomatique et d'un état dépressif réactionnel persistant.

    Les troubles objectivés au niveau de l'épaule gauche et aux genoux sont mineurs et n'entraînent pas de limitation fonctionnelle. Par rapport à son activité précédente de nettoyeuse, les limitations fonctionnelles du membre supérieur droit, objectivés

depuis le début de l'affection et qui n'ont pas varié depuis lors, constituent véritablement un handicap dans ce métier. Ceci compte tenu des gestes répétitifs inhérents à ce genre de travail en élévation, abduction et rotation interne. Une activité adaptée devrait, compte tenu de ce qui est mentionné plus haut, épargner le bras droit. Une activité légère quatre heures par jour est envisageable en position debout ou assise, les bras à hauteur d'une table. Compte tenu de l'absence de formation de la patiente, des activités simples comme du tri, ou du contrôle de pièces usinées, seraient théoriquement envisageables. Une activité adaptée devrait impérativement éviter une surcharge de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il y avait une diminution de rendement dans l'activité adaptée de quatre heures par jour qui pouvait être estimée à 20 %.

22. Le 30 septembre 2005, le Dr H_____ a précisé à la demande de l'OCAI que l'activité adaptée n'était pas possible à plus de 50 % et que la capacité de travail effective était de 40 %.

23. Le 14 octobre 2005, le Dr G_____ a estimé qu'il existait une capacité de travail de 40 % depuis le 20 juillet 2001.

24. Par décision du 28 novembre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée.

25. Le 11 janvier 2006, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise.

26. Par décision du 13 février 2006, l'OCAI a annulé sa décision du 28 novembre 2005 en considérant que l'assurée n'avait pas eu la possibilité de s'exprimer sur les rapports d'examen psychiatrique et somatique et en estimant qu'un avis complémentaire du SMR et du service de réadaptation professionnelle était nécessaire.

27. Par arrêt du 22 février 2006, le Tribunal de céans a déclaré le recours sans objet et rayé la cause du rôle.

28. Le 7 mars 2006, les Drs G_____ et I_____ du SMR ont relevé qu'il y avait eu une appréciation médicale différente de l'incapacité dans le ménage par rapport à celle de l'enquête ménagère car celle-ci, d'une part, se fondait sur un interrogatoire de l'assurée et non sur une observation objective de son activité journalière et, d'autre part, prenait en compte la fibromyalgie alors que cette affection n'était pas invalidante puisqu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique. Seules les limitations fonctionnelles relatives à la tendinopathie du sus-épineux droit avec conflit antéro-supérieur pouvaient être prises en considération. Les empêchements suivants devaient être pris en compte :

    - Conduite du ménage : aucun.
    - Alimentation : 25 %.

- Entretien du logement : 25 %.
- Emplettes et courses diverses : 50 %.
- Lessive et entretien des vêtements : 30 %.
- Soins des enfants : aucun.
- Divers : 10 %.

29. Le 19 juin 2006, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport dans lequel elle estime que l'assurée pourrait travailler comme contrôleuse qualité ou surveillante dans l'industrie. Son degré d'invalidité dans l'activité lucrative était de 15,1 %, compte tenu d'une activité adaptée possible à 50 % et moyennant une déduction globale de 20 %. Cette déduction incluait la baisse de rendement retenue par le Dr H_____ et tenait compte de l'activité légère seule possible et de l'âge de l'assurée.

30. Le 20 novembre 2006, l'assurée a écrit à l'OCAI que l'enquête ménagère du 11 mai 2004 avait été sollicitée par l'OCAI lui-même et que l'avis du SMR n'était pas de nature à la remettre en cause. Il y avait ainsi lieu de prendre en compte les lombalgies chroniques et la gonarthrose afin d'évaluer l'invalidité ménagère. Celle-ci était donc de 45 %. Elle ne disposait par ailleurs d'aucune capacité de travail. L'OCAI n'avait pas démontré que l'activité de surveillance ou de contrôle était concrètement exigible. Le calcul du revenu d'invalidité ne prenait à tort pas en compte la diminution de rendement attestée par le Dr H_____ de 20 %. Il fallait en sus, appliquer une déduction globale de 25 %, de sorte que le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle était de 36,30 %. En conclusion, elle avait droit à une rente d'invalidité entière.

31. Le 21 mars 2007, l'OCAI a précisé que la capacité de travail effective de l'assurée était bien de 40 %, soit un salaire annuel de 19'115 fr. selon les salaires statistiques 2002. Il convenait d'appliquer une déduction globale de 20 % de sorte que le revenu d'invalide déterminant était de 15'292 fr. Comparé au revenu sans invalidité de 22'059 fr. en 2002, il en résultait un degré d'invalidité dans la sphère lucrative de 30,68 %.

32. Par décision du 22 mars 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, dit que le degré d'invalidité global de celle-ci était de 29 % et constaté que le droit à des mesures professionnelles devait en l'état lui être nié. L'assurée ne présentait aucune incapacité de travail pour raison psychique, ce qu'elle admettait et une capacité de travail de 40 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles observées par le Dr H_____. Le statut mixte 50 % - 50 % était admis ainsi que le revenu sans invalidité de 22'059 fr. annuel en 2002. Le taux d'invalidité était de 30,68 % dans la sphère d'activité lucrative et de 26,85 % dans la sphère ménagère. S'agissant de ce dernier taux, il était justifié de s'écarter de l'enquête économique puisque celle-ci prenait en compte des empêchements supérieurs à l'incapacité de travail déterminée par l'expert et ne tenait pas compte de l'obligation de diminuer le dommage incombant à tout assuré ainsi que de l'obligation d'assistance des

membres de la famille dont le conjoint qui, au bénéfice de l'assurance-invalidité, n'exerçait pas d'activité professionnelle. Le degré d'invalidité était ainsi de 29 %, soit [(50 % x 30,68 %) + (50 % x 26,85 %]. Enfin, un stage d'observation professionnelle n'atteindrait pas son but dès lors que l'assurée était convaincue de son incapacité de travail totale. Il en allait de même d'éventuelles mesures d'ordre professionnel.

33. Le 7 mai 2007, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de cette dernière décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à l'octroi d'un trois-quarts de rente. Le Dr H_____ n'avait retenu que les problèmes liés à l'épaule droite alors qu'elle souffrait aussi de lombalgies et de gonarthrose. Il n'avait à tort pas tenu compte dans une appréciation globale de toutes les pathologies invalidantes puisqu'il appliquait au final une diminution de rendement de 20 % en raison des autres pathologies douloureuses et estimait qu'il était peu vraisemblable qu'elle reprenne une activité lucrative.

    Le Dr G_____ s'était contredit en estimant le 7 décembre 2004 que les limitations fonctionnelles étaient liées à l'atteinte au membre supérieur, du rachis et des genoux et le 7 mars 2006 que seules les limitations relatives à la pathologie de l'épaule droite devaient être prises en compte. Ainsi, une activité préservant ce seul bras droit n'était pas adaptée. Elle ne disposait en réalité d'aucune capacité de travail. L'OCAI n'avait pas avancé d'activité concrète effectivement exigible dans son cas. Force était d'admettre qu'aucune activité adaptée n'existait au vu de ses limitations fonctionnelles, même si l'on retenait une capacité de travail de 40 %. Le revenu sans invalidité était de 22'509 fr. et non pas de 22'059 fr. et le revenu d'invalide de 19'115 fr. devait être déduit de 25 %, ce qui aboutissait à un revenu de 14'336 fr. 25 et à un taux d'invalidité de 18,15 %, compte tenu du statut mixte 50 - 50 %. L'enquête économique sur le ménage devait être confirmée, de sorte que l'invalidité ménagère était de 45 %. En conclusion, l'invalidité était de 95 %, soit 50 % dans la sphère professionnelle et 45 % dans la sphère ménagère, voire de 63 %, si l'on admettait une capacité de travail de 40 %, aboutissant à un taux d'invalidité de 18 %.

34. Le 19 juin 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

35. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 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 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne une demande de prestations du 19 septembre 2002 et la recourante invoque une incapacité de travail dès juillet 2001, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le droit litigieux portant sur des prestations durables qui n'ont pas encore acquis force de chose décidée, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour les prestations antérieures à cette date et par la LPGA pour les prestations postérieures au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1., 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Par ailleurs, 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 345 consid. 3).

   Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

3. Le recours a été formé en temps utile dans le délai de trente 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. 56 et ss LPGA.

4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur le droit de celle-ci à une rente de l'assurance-invalidité et à une mesure 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

6. a) En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), l'invalidité des assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Ainsi, il faut 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. 28 al. 2 LAI); on pourra alors déterminer 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 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 pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a).

   b) Pour l'évaluation de l'invalidité, 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 (revenu d'invalide), est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité; art. 28 al. 2 LAI). Le Conseil fédéral édictera des prescriptions complémentaires sur l'évaluation de l'invalidité, notamment pour les assurés qui n'avaient pas d'activité lucrative avant

d'être invalides (art. 28 al. 3 LAI). Se fondant sur cette disposition légale, le Conseil fédéral a édicté les articles 27 et 27bis RAI. Selon l'art. 27 RAI, pour évaluer l'invalidité d'un assuré n'exerçant pas d'activité lucrative au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, on effectue une comparaison des activités et on cherche à établir dans quelle mesure l'intéressé est empêché d'accomplir ses travaux habituels (méthode spécifique; al. 1). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on entend l'activité usuelle dans le ménage et l'éducation des enfants (al. 2). En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faudra 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 (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité).

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 139 consid. 5.3, 2001 p. 158 consid. 3c; par ex. arrêt D. du 14 janvier 2005 [I 308/04, I 309/04]). 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. 140 consid. 5.3 déjà cité).

Une activité de nettoyeuse professionnelle ne saurait être comparée à la tenue du foyer familial qui, selon les critères posés par les Circulaires concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établies par l'OFAS (CIIAI), recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière(planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt S. du 13 avril 2005 [I 593/03]).

Enfin, une personne qui s'occupe du ménage est tenue de faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail, par exemple en adoptant une méthode de travail adaptée ou en recourant à l'aide des membres de sa famille dans la mesure habituelle (ATF 123 V 233 - ATFA du 17 janvier 2006 I 735/04).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Au demeurant, l'indépendance et l'impartialité des experts des COMAI, exigées par les art. 4 aCst. et 6 par. 1 CEDH,

est réputée garantie (cf. ATF 123 V 175 et JAAC 1998 n° 95 p. 917 ; ATFA du 21 avril 2004, I 621/03, consid. 4).

8. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

   Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

   Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le TFA a jugé qu'en ce qui concerne la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un TSD. Il se justifie donc sous l'angle juridique d'appliquer par analogie les principes appliqués par la jurisprudence en matière de TSD lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie.

   Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à

l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

En matière d'assurance-invalidité, la longue période d'inactivité, l'âge ou l'absence de motivation ne constituent pas des atteintes à la santé à prendre en considération pour évaluer l'incapacité de travail ou de gain d'un assuré. Le fait que la personne concernée se considère comme invalide ne constitue pas davantage un critère. Il convient bien plutôt de se demander si, en raison d'atteintes à la santé, l'assuré ne dispose plus des ressources physiques et psychiques nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle.

9. a) En l'espèce, s'agissant de l'appréciation de l'invalidité dans la sphère lucrative, la recourante conteste tout d'abord l'expertise du Dr H_____ en estimant qu'elle ne dispose plus d'aucune capacité de travail.

A cet égard, il y a lieu de constater que l'expertise en cause remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. En particulier, elle mentionne les plaintes de la recourante dont celles relatives aux douleurs de la région lombo-sacrée et des genoux; elle comprend un examen clinique qui a porté sur les genoux, les membres supérieurs droit et gauche, la région cervico-scapulaire, le rachis cervico-dorsal et la région lombo-sacrée. L'expert a précisé que seul le diagnostic de tendinopathie de l'épaule droite avait

une influence sur la capacité de travail et que ceux liés aux genoux, à la ceinture scapulaire et à la région lombo-sacrée n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. C'est donc bien au terme d'une évaluation globale de l'état de santé que l'expert a retenu une capacité de travail de 40 % dans une activité légère, debout ou assise, en particulier avec les bras à hauteur d'une table en évitant une surcharge de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Comme le remarque l'intimé, c'est même de façon généreuse que l'expert retient une diminution de rendement de 20 % en invoquant les autres problèmes douloureux dès lors qu'il a préalablement considéré que ces atteintes n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

b) Au surplus, la recourante ne conteste pas l'appréciation de la Dresse F_____ du 7 décembre 2004, laquelle exclut l'existence même d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et ne retient aucun diagnostic psychiatrique.

S'agissant de la valeur probante du rapport psychiatrique de la Dresse F_____, il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que celle-ci n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et qu'elle avait par ailleurs été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale du 24 novembre 2006. Selon le médecin cantonal vaudois, l'intéressée était, en sa qualité de médecin dépendant, désormais habilitée à effectuer des expertises psychiatriques avec examens cliniques ; toutefois, à son avis, le document devait être contresigné par le psychiatre responsable pour lui donner sa pleine valeur juridique. Il sied d'observer que, selon les informations reçues du médecin cantonal vaudois, la Dresse F_____ n'était pas habilitée à signer le rapport du SMR du 7 décembre 2004 avec le titre de "psychiatre FMH" et qu'elle n'était alors pas, à cette date, formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR. Le Tribunal de céans a jugé que toutefois la valeur probante d'un rapport de la Dresse F_____ rendu antérieurement au 24 novembre 2006 ne saurait être déniée en raison des seules irrégularités susmentionnées mais doit bien plutôt être examinée sous l'angle des conditions jurisprudentielles en la matière rappelées ci-dessus (ATAS/512/2007 du 15 mai 2007).

c) En conclusion, il n'y a pas de motif de mettre en cause le bien-fondé de l'appréciation médicale rhumatologique du Dr H_____ rendue au terme d'une expertise établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ni celle, psychiatrique, de la Dresse F_____ concluant à l'absence de diagnostic psychiatrique invalidant, conclusion qui n'est pas contestée par la recourante.

Enfin, le Dr H_____ ne mentionnant comme diagnostic que des éléments de fibromyalgie de la ceinture scapulaire et de la région lombo-sacrée, l'intimé pouvait

se dispenser d'examiner les conditions jurisprudentielles exigées pour que le caractère invalidant d'une fibromyalgie soit admis

d) Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) lorsque, comme en l'espèce, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 consid. 3b/bb, 124 322 consid. 3b/aa).

Lorsque le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 s. consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64).

S'agissant des activité concrètes que la recourante demande à l'intimé de désigner, la jurisprudence du TFA considère que les salaires statistiques issus de l'ESS présentent un large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services dont il convient d'admettre qu'un certain nombre sont légères (ATFA du 25 avril 2005, cause I 269/03). Il y a ainsi lieu d'admettre que, parmi ces activités légères, plusieurs permettent d'éviter une surcharge de la coiffe des rotateurs, soit une élévation, abduction ou rotation interne de l'épaule droite, et d'exercer une activité les bras à hauteur de table. C'est ainsi à juste titre que l'intimé s'est fondé sur un salaire mensuel selon la table TA1 des ESS 2002 (activités simples et répétitives pour les femmes) de 3'820 fr., lequel, pour un taux de travail de 40 % est de 1'528 fr., soit 1'593 fr. pour un horaire hebdomadaire de travail de 41,7 heures en 2002 ou 19'115 fr. annuel. Quant à la déduction globale, elle ne saurait aller au-delà de 20 %, taux appliqué par l'intimé, compte tenu de la longue résidence en Suisse et de l'autorisation d'établissement C de la recourante.

Le revenu d'invalide est ainsi de 15'292 fr. 80. Comparé au revenu sans invalidité de 22'509 fr. 40 (soit 18'418 fr. 40 + 4'091 fr. et non pas 22'059 fr. comme indiqué par erreur dans la décision sur opposition), il en résulte une différence de 7'216 fr. 60, soit un degré d'invalidité de 32,06 % dans la sphère lucrative.

e) S'agissant du calcul de l'invalidité dans la sphère ménagère, la recourante estime que l'enquête économique du 11 mai 2004 concluant à une invalidité de 90 % doit

s'appliquer. Quant à l'intimé il s'est écarté de cette enquête pour se fonder sur le rapport du SMR du 7 mars 2006.

A cet égard, le Tribunal de céans constate que c'est à juste titre que l'intimé s'est écarté de l'enquête économique en cause, pour les raisons qui suivent :

L'enquête, tout en mentionnant que la fille et l'époux de la recourante assument la plupart des tâches ménagères que la recourante ne fait plus, n'en a pas tenu compte dans la fixation du taux d'empêchement. Elle estime ainsi que l'empêchement est total dans le secteur de l'alimentation, tout en relevant que la fille de la recourante prépare tous les repas et que l'époux, malgré des lombosciatalgies, met la table. Par ailleurs et comme le relève l'intimé, il est incohérent de tenir compte d'une capacité de travail de 40 % dans une activité légère, bras à hauteur de table et de retenir une invalidité ménagère de 90 % fondée notamment sur un empêchement total dans la préparation des repas. A cet égard, le TFA a considéré que les activités ménagères étaient plus légères qu'une activité professionnelle, de sorte qu'il était tout à fait possible qu'un assuré, incapable totalement d'exercer son ancienne activité de nettoyeur, soit reconnu capable d'effectuer des tâches ménagères. Il en est de même en l'espèce, ce d'autant plus qu'une activé adaptée à 40 % a été admise. En outre, bien que la recourante admettre, par exemple, pouvoir étendre des pièces de vêtement, l'enquête mentionne un empêchement de 100 % pour les tâches de lessive.

Ces incohérences justifiaient que l'intimé requiert l'avis d'un médecin pour se prononcer à nouveau sur les empêchements ménagers, ce qui a été fait par l'avis du SMR du 7 mars 2006. A cet égard, la recourante ne conteste pas véritablement les empêchements estimés par le SMR, hormis le poste "alimentation", - lequel sera examiné ci-après - mais considère que seule l'enquête économique a valeur probante. S'agissant de l'avis du Dr G_____, il s'en tient à juste titre aux conclusions de l'expertise rhumatologique, ce qui explique que les limitations fonctionnelles du rachis et des genoux relevées le 7 décembre 2004 soient désormais écartées pour l'appréciation des empêchements dans le ménage.

Enfin, la recourante conteste l'évaluation de 25 % pour l'empêchement dans le secteur d'activité "alimentation". Or, il n'est pas dénué de fondement de considérer que le poste "alimentation" comprend la plupart des tâches avec les bras à hauteur de table puisqu'il se réfère à la préparation et à la cuisson des repas. Par ailleurs, l'empêchement est évalué en tenant compte de l'aide des membres de la famille de la recourante, laquelle est importante. En conclusion, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'évaluation du SMR du 7 mars 2006, laquelle aboutit à un taux d'invalidité de 26,85 %, selon le tableau suivant :

	Pondération	Empêchement	Invalidité
Conduite du ménage	3 %	0 %	0 %
Alimentation	50 %	25 %	12,5 %
Entretien du logement	19 %	25 %	4,75 %
Emplettes et courses diverses	8 %	50 %	4 %
Lessive et entretien des vêtements	18 %	30 %	5,4 %
Soins aux enfants	0 %	0 %	0 %
Divers	2 %	10 %	0,2 %
TOTAL	100 %	140 %	26,85 %

10. Au vu de ce qui précède, le taux d'invalidité de la recourante est de 29,45 % soit :

    50 % x 32,06 % = 16,03 %

    + 50 % x 26,85 % = 13,42 %

    TOTAL = 29,45 %

    Ce taux ne lui donne pas droit à une rente d'invalidité mais pourrait en principe lui ouvrir le droit à des mesures de réadaptation professionnelle (ATF 124 V 110). Cependant, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis de l'intimé qui a refusé ces mesures à la recourante dès lors que celle-ci ne s'estime elle-même plus en mesure d'effectuer aucune activité lucrative.

11. En conséquence, le recours ne peut qu'être rejeté.

12. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er 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), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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