RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1891/2006 **ATAS/1152/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 14 décembre 2006

En la cause

Madame G_____, domiciliée , MEYRIN	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame G_____, née le 1954, mariée et mère de trois enfants, de nationalité pakistanaise, sans formation, a travaillé à plein temps de 1977 à 1989, comme ouvrière dans des fabriques de montres (fabrique de montres X_____SA et entreprise Y_____).

2. Le 18 mars 2004, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en vue de l'octroi d'une rente, en invoquant une maladie musculaire, l'absence de force dans les bras et les jambes et de graves problèmes dorsaux.

3. Dans un rapport daté du 22 avril 2004, le Dr. A_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé le diagnostic de condropathie rotulienne de grade III à droite existant depuis 2003. Le Dr A_____ a encore indiqué avoir prescrit des séances de physiothérapie en 2003 qui ont amélioré la situation. La patiente est revenue le voir en 2004 pour une aggravation. L'IRM a montré une condropathie rotulienne sévère mais le traitement devrait améliorer la situation. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de la patiente, il n'a pu se prononcer et a renvoyé l'OCAI à l'avis du médecin traitant, le Dr B_____. Le Dr A_____ a expliqué qu'il ne connaissait pas suffisamment la patiente pour se prononcer sur sa réinsertion professionnelle, mais avancé l'hypothèse qu'un travail de bureau serait possible à plein temps car il suffisait d'éviter la marche, la flexion répétée du genou droit et le port de charges.

4. Le 24 avril 2004, l'assurée a rempli le questionnaire servant à déterminer son statut. Il en ressort que si elle était en bonne santé, elle aurait continué à exercer une activité lucrative (ménages) à temps partiel seulement, car son propre ménage et le fait de s'occuper de ses enfants lui prennent beaucoup de temps. Elle a indiqué que la famille est au bénéfice de l'aide de l'Hospice général.

5. Dans un rapport médical daté du 2 juin 2004, le Dr. B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué à l'OCAI qu'il avait suivi l'assurée du 21 novembre 2000 au 25 septembre 2003 pour des affections médicales banales, qu'il n'avait établi aucun certificat d'arrêt de travail en 2002 et 2003 et qu'il ignorait donc les raisons médicales qui amenaient la patiente à demander une rente d'assurance-invalidité.

6. Par téléphone, le Dr A_____ a indiqué à l'OCAI, le 9 février 2005, qu'il avait procédé à trois injections d'acide condroïtine sulfurique dans le genou droit en avril 2004, qu'il avait revu la patiente en septembre 2004, que son genou droit allait mieux, qu'elle avait plus de force et pouvait mieux le plier, mais qu'en septembre 2004, le genou gauche était devenu douloureux à son tour. Le médecin avait alors réalisé une injection similaire dans ce genou et n'avait plus revu la patiente depuis

lors. Il a indiqué à l'OCAI qu'à sa connaissance, elle aurait consulté les urgences de ("établissement hospitalier").

7. Interrogé par l'OCAI, le Dr. C_____, chef de clinique aux "établissement hospitalier", département de chirurgie de la main, a indiqué par courrier du 8 avril 2005 que l'assurée était suivie dans cette unité depuis le 10 janvier 2005. Il a mentionné qu'aucun trouble somatoforme douloureux n'était suspecté, que l'assurée s'était coupée avec un couteau à son domicile, le 19 décembre 2004, au niveau du pouce et des doigts 4 et 5 de la main gauche, que c'est la Dresse D_____ qui l'a adressée aux "établissement hospitalier" le 7 janvier 2005, pour lésion digitale et lésion du nerf digital collatéral du 4ème doigt. Il persistait une hypoesthésie du 4ème doigt côté cubital et une impotence complète de la flexion. Une intervention avait été pratiquée le 25 janvier 2005. La patiente était encore en période de physiothérapie, si bien qu'il était trop tôt pour se prononcer sur des limitations définitives pouvant éventuellement donner droit à une quelconque rente d'invalidité.

8. Le service médical régional AI (SMR) a alors convoqué l'assurée pour procéder à un examen rhumatologique et de chirurgie de la main pour déterminer les limitations fonctionnelles actuelles et les capacité de travail résiduelles dans son activité de ménagère et dans un poste comme celui d'horlogère ou de petite mécanique.

9. L'examen clinique bidisciplinaire a été pratiqué le 25 août 2005 par les Drs . E_____, spécialiste FMH en médecine physique et en rééducation, et R.-. F_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique reconstructrice et en chirurgie de la main.

   Il en ressort que l'assurée se plaint essentiellement de gonalgies bilatérales avec nombreuses chutes à répétition et phénomènes de lâchage. Elle a signalé des tuméfactions articulaires au niveau des deux genoux sans avoir recours à des ponctions évacuatrices sur le plan anamnestique. Cette symptomatologie au niveau des genoux évolue depuis au moins trois ou quatre ans. Elle s'est manifestée dans un premier temps par une gonalgie à droite ayant bénéficié d'un traitement local par infiltration d'acide avec effet favorable. Depuis environ une année, s'est également installée une gonalgie à gauche, essentiellement de type mécanique, qui a partiellement répondu au traitement d'infiltration à l'acide.

   L'assurée décrit aussi des lombalgies basses avec notion de blocage évoluant depuis plusieurs années. La symptomatologie lombaire est à prédominance gauche avec sentiment d'irradiation au niveau de la cuisse.

   L'assurée mentionne aussi un sentiment de fatigue généralisée avec des troubles du sommeil évoluant depuis plusieurs années.

Au terme de leur examen, les médecins ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs modérés, de gonalgies bilatérales sur gonarthrose fémoro-patellaire débutante et condropathie rotulienne de stade III et de séquelles traumatiques de section tendineuse et nerveuse à la main gauche avec syndrome du quadrige. Ils ont également noté, tout en soulignant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des douleurs chroniques polymorphes rentrant dans le cadre d'une fibromyalgie débutante.

L'examen clinique réalisé au SMR a mis en évidence essentiellement un trouble statique et dégénératif modéré du rachis lombaire sans limitation dans les amplitudes articulaires. Sur le plan neurologique, les médecins n'ont constaté aucune atteinte déficitaire hormis une hyposensibilité subjective dans le territoire S1 à gauche. Sur le plan ostéo-articulaire, ils ont objectivé une gonarthrose fémoro-patellaire débutante bilatérale actuellement plus bruyante sur le plan clinique à gauche qu'à droite. Les médecins ont mis en évidence plusieurs signes de non-organicité rentrant dans le cadre d'une vraisemblable fibromyalgie débutante.

En ce qui concerne la main gauche, chez cette assurée droitière, les médecins ont constaté des séquelles traumatiques à l'annulaire sous forme d'une impossibilité de fléchir activement la dernière phalange et une lésion du nerf collatéral se manifestant par quelques troubles sensitifs discrets. Ils ont constaté une gêne plus importante, sous la forme d'une limitation de l'enroulement des autres doigts et d'une diminution de la force de la main, due à un syndrome du quadrige, le tendon fléchisseur profond sectionné provoquant dans la paume un blocage des fléchisseurs profonds des autres doigts.

Les médecins ont recommandé d'éviter le port de charge supérieure à dix kilos de façon répétitive, les positions en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc, les positions statiques au-delà de deux heures en position assise et au-delà d'une heure en position debout, la marche prolongée au-delà de 500 mètres, les montées ou descentes d'escaliers à répétition, les positions en génuflexion. Ils ont préconisé de varier les positions au minimum une fois par heure.

Ils ont par ailleurs souligné que cette assurée n'avait plus d'activité professionnelle depuis au moins une douzaine d'années et que, de ce fait, aucun certificat d'incapacité de travail n'avait été établi.

Les médecins ont estimé que les différentes atteintes à la santé apparues lors de l'examen clinique et des examens complémentaires entraînaient certainement une diminution de rendement dans les activités de la vie courante de ménagère. Ils ont jugé que l'assurée présentait une incapacité à assumer les tâches ménagères de 20% au maximum. Selon eux, cette diminution de rendement remonte à la date du dépôt de la demande de rente.

En tant qu'ouvrière d'usine, il est clair que toute activité en position statique debout prolongée ou nécessitant des montées et descentes d'escaliers à répétition ou des positions en génuflexion était formellement contre-indiquée. Dans son activité habituelle d'ouvrière non qualifiée en horlogerie, les médecins ont estimé que la capacité de travail résiduelle de l'assurée était aussi de 80% (100% théoriquement, mais avec une diminution de rendement de 20% pour tenir compte des limitations fonctionnelles établies). Les médecins ont précisé n'avoir tenu compte que des diagnostics ostéo-articulaires mis en évidence et non du syndrome algique chronique dont ils ont jugé qu'il entrait dans le cadre d'une fibromyalgie débutante.

10. Par décision du 4 octobre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur les résultats de l'examen bidisciplinaire du SMR. Il a conclu que dans son activité de ménagère, l'assurée avait une capacité de 80% et que la baisse de rendement admise par le SMR était insuffisante pour ouvrir un droit à la rente.

11. Par courrier du 31 octobre 2005, l'assurée a formé opposition, alléguant qu'elle n'avait pas même la force de soulever une casserole ou de rester debout plus d'une heure, que sa maladie l'empêchait de vivre normalement, qu'une semaine auparavant en se déplaçant dans son appartement elle était tombée sur la table et s'était fait très mal et que ce jour-là elle aurait pu perdre la vie. Elle a prétendu que le médecin qui s'était prononcé sur sa demande avait fait preuve d'une attitude désagréable et incompétente, qu'en effet, le 25 août 2005, elle avait fait l'objet d'un interrogatoire digne d'un commissariat, que les questions lui avaient été posées l'avaient été sur un "ton autoritaire" et concernaient sa famille et ses proches plutôt que sa maladie.

12. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée le 10 mars 2006. Il en ressort que la famille est assistée par l'Hospice général et que le conjoint de l'assurée est dans l'attente d'une réponse de l'assurance-invalidité. L'assurée a indiqué que sans son handicap, elle aurait exercé une activité lucrative afin d'avoir plus d'indépendance financière et ce, à 50%, afin de consacrer les autres 50% à la tenue de son ménage. Elle a expliqué que, selon la coutume de son pays, les hommes ne font rien dans le ménage, de sorte qu'elle ne pourrait pas travailler à plein temps malgré la nécessité sur le plan financier.

De l'enquête sur le ménage, il ressort ce qui suit :

	Pondération du champ d'activité en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Conduite du ménage Pas de problème	2 %	0 %	0 %
Alimentation Bien qu'elle ne puisse pas rester longtemps debout ou assise, l'assurée déclare qu'elle peut faire les repas elle-même mais			

en effectuant son travail doucement en raison de ses douleurs du dos et dans les poignets. Lorsqu'elle doit soulever une casserole, elle doit utiliser ses deux mains car elle manque de force et aussi parce que cela exacerbe ses douleurs. Elle a parfois des difficultés à ouvrir les bouteilles. Elle regrette de ne plus pouvoir pétrir la pâte é galette pour faire des spécialités de son pays. Sa fille lave la vaisselle. Elle-même l'essuie et la range. Elle peut faire l'entretien courant de la cuisine. Sa fille l'aide souvent pour le sol. Son fils aîné l'aide lorsqu'il y a un travail lourd.	40 %	10 %	4 %
Entretien du logement : Madame peut épousseter et faire les rangements à son niveau. Elle n'ose pas grimper sur un escabeau car elle craint un lâchage du genou et ne peut pas pencher la tête en arrière à cause des douleurs de la colonne cervicale. Son fils l'aide périodiquement pour les gros nettoyages, pour ce qui est en hauteur et pour laver les vitres. Elle peut nettoyer la salle de bains, ranger les lits et demande de l'aide de son entourage pour changer la literie .	20 %	15 %	3 %
Emplettes et courses diverses : Elle peut préparer les paiements et se rendre à la poste. Elle doit être accompagnée pour faire les courses pour le ménage car elle ne peut soulever des poids. La plupart du temps sa fille fait les courses d'appoint.	8 %	10 %	0,8 %
Lessive et entretien des vêtements : En général elle fait la lessive deux fois par semaine, le lave-linge étant installé à la salle de bains, ce qui lui facilite le travail. Elle peut étendre et ramasser le linge. Elle ne peut pas assumer tout le repassage en raison des douleurs des poignets. Son fils et sa fille en assument une grande partie. Elle peut faire quelques raccommodages.	20 %	40 %	8 %
Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille : Les enfants font leurs devoirs sans elle. Elle peut les accompagner chez le médecin. Elle fait quelques promenades en famille mais ses douleurs dans les genoux l'empêchent de marcher longtemps. Sur le plan psychologique elle peut jouer son rôle de mère avec ses deux derniers enfants qui vivent à la maison avec leurs parents	10 %	15 %	1,5 %
	100 %	--------	17,3 %

13. Par décision du 28 avril 2006, l'OCAI a confirmé son refus de prestations. Il a constaté qu'à l'appui de son opposition, l'assurée n'avait produit aucun document médical, raison pour laquelle, pour compléter son dossier, l'OCAI a dû procéder à une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée afin d'évaluer le plus précisément possible l'ampleur de l'empêchement subi dans ses travaux habituels en raison de son état de santé. Il ressort de cette enquête qu'eu égard à l'ensemble de la situation familiale et économique de l'assurée, cette dernière exercerait une activité professionnelle à mi-temps si elle était en bonne santé, ceci notamment en raison des besoins financiers importants de sa famille. Un statut

d'assurée mixte lui a dès lors été reconnu. L'OCAI s'est par ailleurs référé à l'avis du SMR, qui conclut, à une capacité de travail raisonnablement exigible de 80% et ce, depuis le 29 mars 2004, de sorte que l'assurée peut continuer à travailler à mi-temps sans baisse de rendement et sans subir de perte économique en raison de son état de santé pour la part professionnelle. Quant à la part correspondant aux travaux habituels, l'OCAI a relevé qu'il ressortait de l'enquête ménagère que l'empêchement subi dans les travaux habituels en raison de l'état de santé n'était que de 17%, ce qui aboutissait à un degré global d'invalidité de 9% insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

14. Par courrier du 22 mai 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en anglais.

15. Par courrier du 26 mai 2006, le Tribunal de céans lui a demandé de procéder en langue française et lui a imparti un délai au 6 juin 2006 pour ce faire, en attirant son attention sur le fait qu'à défaut, son recours serait déclaré irrecevable.

16. Par courrier du 4 juin 2006, la recourante s'est exécutée. Elle a allégué que l'OCAI, suite à son opposition, n'a effectué aucune recherche ou enquête complémentaire, et que son médecin traitant n'a pas été consulté sur sa situation. Elle estime que son degré d'invalidité est de 100%, fait valoir que l'enquêtrice qui s'est rendue à son domicile lui a posé des questions compliquées sur sa situation familiale et non sur sa maladie et soutient que son état de santé se dégrade de jour en jour. Elle demande qu'il soit procédé à une contre-expertise médicale et produit à l'appui de son recours des certificats médicaux émanant de son médecin traitant, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine générale, attestant d'une incapacité totale de travail du 1er janvier 2006 au 31 mai 2006.

17. Invitée à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 28 juin 2006, a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que sa décision sur opposition se basait, du point de vue médical, sur un rapport d'examen clinique bidisciplinaire effectué par le SMR auquel il convenait d'accorder une pleine valeur probante et qu'une nouvelle expertise ne se justifiait dès lors pas. Il a estimé que les seuls certificats médicaux du Dr G_____, au demeurant absolument pas étayés, n'étaient pas de nature à remettre en cause l'appréciation du SMR. Quant au degré d'invalidité retenu dans l'accomplissement des tâches ménagères, il fait valoir qu'il a été correctement évalué, conformément aux directives et à la jurisprudence applicable, sur la base d'une enquête économique sur le ménage. Cette dernière établit la description détaillée des conditions de vie et des activités de la recourante et analyse de manière circonstanciée les tâches qu'elle peut et ne peut plus accomplir à la lumière des informations fournies par elle-même.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

2. 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. 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, les faits étant postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA, celle-ci s'applique, de même que les règles de procédure qu'elle contient, qui s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

5. En l'espèce, le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. Aux termes de l'art. 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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).

7. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

   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).

   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).

   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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

   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, 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.

8. En l'espèce, les atteintes à la santé de l'assurée sont clairement établies. Il n'est pas contesté que la recourante souffre de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs modérés, de gonalgies bilatérales sur gonarthrose fémoro-patellaire débutante et condropathie rotulienne de stade III et de séquelles traumatiques de section tendineuse et nerveuse à la main gauche avec syndrome du quadrige. Reste à déterminer l'influence de ces atteintes sur sa capacité à tenir son ménage et sa capacité de travail.

9. Il convient de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité en optant pour l'une des trois méthodes suivantes : méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte ou méthode spécifique. Le choix de la méthode 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. On décide que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c ; 117 V 194 consid. 3b et les références).

   Aux termes de l'art. 27bis RAI, 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. 28 al. 2 LAI. Pour la part consacrée à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI. L'invalidité est ainsi évaluée selon la méthode dite mixte. On applique la méthode générale de comparaison des revenus pour l'évaluation de l'invalidité dans l'activité lucrative et la méthode spécifique de comparaison des champs d'activité pour l'évaluation de l'invalidité dans l'activité ménagère. L'invalidité globale de la personne assurée résulte de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (RCC 1979 p. 276).

   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. S'il y a lieu d'admettre que les assurés, s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à

temps complet, l'invalidité sera évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

L'art. 27 RAI dispose que l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels. 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.).

10. En l'occurrence, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à sa santé, elle travaillerait à 50%. C'est donc à juste titre que l'intimé a appliqué, dans sa décision sur opposition, la méthode mixte.

11. S'agissant des empêchements de l'assurée à assurer son ménage, force est de constater que l'enquête ménagère a été diligentée de manière détaillée et convaincante. Il y est notamment relevé ce que l'assurée allègue dans son recours, c'est-à-dire sa difficulté à soulever les casseroles. Qui plus est, l'enquête ménagère rejoint les conclusions des médecins du SMR, lesquels avaient estimé que l'assurée était empêchée dans son ménage à hauteur de 20% environ. Il n'y a en l'état aucun élément permettant de douter des conclusions de l'enquête ménagère, à savoir une incapacité de 17,3 % à assurer les tâches ménagères. Au demeurant, il ressort de l'argumentation de la recourante qu'elle conteste plutôt l'expertise du SMR et ses conclusions quant à sa capacité d'exercer une activité professionnelle.

    C'est ce point qu'il s'agit d'examiner à présent. Force est de constater que l'examen bi-disciplinaire auquel s'est livré le SMR est détaillé et se base sur une anamnèse complète. Les plaintes de l'assurée sont prises en compte et les certificats du Dr G_____ ne suffisent pas à s'écarter des conclusions du SMR dans la mesure où il ne s'agit que de certificats d'incapacité de travail non motivés. Les conclusions du SMR ne sont d'ailleurs pas contredites par celles du Dr

A_____ qui estimait que, dans une activité de bureau, l'assurée devrait pouvoir travailler à plein temps. Le SMR a en effet nuancé cette position en appliquant une réduction de rendement de 20% sur un plein temps pour tenir compte des limitations de l'assurée, qu'il a clairement énoncées. Il est en revanche surprenant que les médecins du SMR n'aient pas plus tenu compte de la limitation de la main gauche de l'assurée, certes droitière, mais dont il apparaît qu'elle est tout de même très gênée au point de vue mobilité et force de toute la main et dont on sait qu'elle travaillait dans un poste qui exige une motricité fine importante. Il ressort de ses certificats de travail qu'elle était d'ailleurs particulièrement appréciée pour la précision de son travail, dont le tribunal de céans doute, vu l'atteinte à la main gauche, qu'elle n'ait pas été diminuée. Il apparaît dès lors qu'elle ne pourrait vraisemblablement plus exercer sa profession d'antan. Il n'en demeure pas moins qu'elle pourrait exercer une activité adaptée à raison de 80%, ce qui a pour conséquence qu'il n'y a pas de perte de gain puisque l'assurée a indiqué vouloir travailler à 50% au maximum.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que le taux d'invalidité global de la recourante n'atteint pas un niveau suffisant pour ouvrir droit à une rente. Le recours est donc rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	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